Health Canada / Santé Canada

Evaluation Group

Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE À L'ÉGARD DES AÎNÉS APPLIQUÉE PAR LA DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS

RAPPORT FINAL

LE 13 DÉCEMBRE 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00889/

Évaluation de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés

Rapport final

Le 13 décembre 1996

Remis à :

Linda Ladouceur
Gestionnaire intérimaire du projet d'évaluation de programme
Groupe chargé de l'évaluation
Direction de la planification stratégique et de l'Examen
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada, 0907D
Immeuble Brooke-Claxton, pièce 772D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Rédigé par :

Les Associés de recherche Ekos inc.

275, rue Sparks, bureau 801
Ottawa (Ontario) K1R 7X9
(613) 235-7215

Un, rue Nicholas, bureau 212
Ottawa (Ontario) K1N 7B7
(613) 562-4111

935, rue Gohier,
Saint-Laurent (Québec) H4L 3J4
(514) 748-0938

145, rue King ouest, bureau 1000
Toronto (Ontario) M5H 2X6
(416) 214-1424

Ce rapport a été rédigé par Les Associés de recherche Ekos inc. L'analyse, les conclusions et les recommandations contenues dans ce document sont celles des Associés de recherche Ekos inc. et ne traduisent pas nécessairement les opinions ou la politique de Santé Canada ou du gouvernement du Canada.

Chronologie de l'évaluation

Février 1996	Approbation du mandat
Février — mai 1996	Planification et choix d'une firme de consultants
Juin — novembre 1996	Étude sur le terrain
Octobre — novembre 1996	Rapports provisoires
December 1996	Rapport final des consultants
Avril 1997	Approbation du Comité de vérification et d'évaluation

ÉQUIPE DE PROJET ET REMERCIEMENTS

Shelley Borys	Analyste principale et chef de projet
Frank Graves	Conseiller principal
Anita Myers	Conseillère spécialisée
Michael Callahan	Consultant principal
Janice Remai	Consultante
Patrick Beauchamp	Consultant
Melissa Bulin	Analyste de recherche
Simon Roy	Analyste de recherche
Susan Morris	Analsyte de recherche
Sandy Wilson	Adjointe à la recherche
Mark Anderson	Directeur d'enquête
Heather Chang	Directrice de base de données
Diane Beauvais	Agente de traitement de textes

Bien que les Associés de recherche Ekos soient responsables de toute erreur ayant pu se glisser dans ce rapport, nous voulons remercier un certain nombre de personnes qui ont contribué à mener à bien ce projet. Nous tenons à remercier en particulier Linda Ladouceur et Paul Youldon du Groupe chargé de l'évaluation, de la Direction de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada, qui ont amorcé ce projet et fourni une aide précieuse tout au cours de l'étude. Nous tenons également à remercier Robert Matte, Nancy Garrard et les autres membres du personnel de la DVA pour l'appui remarquable qu'ils nous ont offert pendant notre recherche. Merci également aux employés de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada qui nous ont aidés à recueillir les renseignements dont nous avions besoin pour effectuer l'examen des dossiers. Enfin, nous sommes reconnaissants envers les nombreuses personnes qui ont participé aux entrevues, aux enquêtes et aux consultations d'experts. Sans la collaboration de tous ces gens, nous aurions été incapables de réaliser cette étude.

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1.1 Introduction 1
1.2 La Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés 13
1.3 Les objectifs de l'évaluation 41
1.4 L'objet et l'organisation du rapport 44

MÉTHODOLOGIE 47

2.1 Revue de la documentation 47
2.2 Examen des données de base 49
2.3 Examen des dossiers 49
2.4 Entrevues avec des répondants importants 55
2.5 Enquêtes 56
2.6 Consultation d'experts 71
2.7 Limites de l'évaluation 73

PERTINENCE DU PROGRAMME 77

3.1 Le besoin et la pertinence actuels de la SA/DVA 77
3.2 Le rôle de Santé Canada et de la SA/DVA 103
3.3 Les secteurs de dédoublement ou de chevauchement 120

RÉALISATIONS DU PROGRAMME 127

4.1 La prestation et la coordination du programme 127
4.2 Les partenariats 135
4.3 L'atteinte des objectifs et les répercussions prévues 139
4.4 Les répercussions imprévues 175
4.5 Les points forts 177
4.6 Les points faibles 179

SOLUTIONS DE RECHANGE 185

5.1 La rentabilité des programmes et des activités financés par la SA/DVA 185
5.2 Les secteurs essentiels de la SA/DVA 191
5.3 Les secteurs non essentiels de la SA/DVA 198
5.4 Les mécanismes et les structures de rechange 200
5.5 Autres améliorations à la SA/DVA 204

CONCLUSIONS 207

6.1 La pertinence 207
6.2 Les réalisations du programme 209
6.3 Les solutions de rechange 213

ANNEXE A : Abréviations
ANNEXE B : Bibliographie
ANNEXE C : Formulaire de collecte de données - examen des dossiers
ANNECE D : Guides d'entrevue
ANNEXE E : Répartition des entrevues
ANNEXE F : Instruments d'enquête
ANNEXE G : Lettre aux parrains de projets
ANNEXE H : Questions — *Repenser le gouvernement*
ANNEXE I : Résultats — *Repenser le gouvernement*
ANNEXE J : Experts consultés
ANNEXE K : Questionnaire à l'intention des experts
ANNEXE L : Résultats de la consultation d'experts

RÉSUMÉ

La présente étude a pour but d'évaluer la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA) ainsi que ses réalisations, et d'établir s'il existe des solutions de rechange. La SA/DVA se concentre sur les besoins actuels et futurs des aînés canadiens. Elle comprend les quatre éléments suivants : a) le financement des programmes communautaires des aînés, soit Nouveaux Horizons (NH), Programme d'autonomie des aîné(e)s (PAA), Alliances pour l'autonomie, et Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés (NHPA); b) le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s (PRAA); c) la coordination et le soutien de la politique auprès du Ministre; d) le soutien accordé au Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Chargée de mettre en oeuvre la Stratégie à l'égard des aînés, la Division du vieillissement et des aînés est assistée dans sa tâche par les activités de ses partenaires : les bureaux régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, la Division de la recherche extra-muros, le CCNTA et la Direction de la politique de la santé.

L'étude a été effectuée à l'aide de multiples observations ayant permis, collectivement, d'aborder les 13 questions d'évaluation retenues à cette fin. Les méthodes de collecte des données ont été les suivantes : une revue de la documentation (y compris d'ordre international) et de diverses bases de données (Enquête sociale générale, Vieillissement et autonomie, *Elder Monitor*); l'examen de 341 dossiers de projets (provenant en majorité du financement des programmes communautaires des aînés mais aussi du PRAA, du CCNTA et de projets internes); 119 entrevues auprès de répondants importants, soit des représentants des organismes centraux, du personnel de Santé Canada et du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés, des membres du CCNTA, des responsables des gouvernements provinciaux et territoriaux, des intéressés, des groupes ou organismes dont la demande de subvention a été refusée et des groupes ou organismes subventionnés; une enquête auprès des bénéficiaires visés de projets communautaires subventionnés (n=553); une enquête auprès des clients du grand public de la Division du vieillissement et des aînés (n=301); trois questions faisant partie d'une vaste enquête d'opinion publique intitulée *Repenser le gouvernement* (n=2 962), ainsi que la consultation d'experts (n=7).

Malgré les contraintes d'une évaluation de cette nature, qui repose sur l'opinion de tiers sans qu'on puisse mesurer directement les incidences (comme l'aurait permis un plan expérimental), ainsi que les contraintes qui ont entouré la revue de la documentation (le manque de temps, le fait que certains projets n'étaient pas terminés, que la documentation demandée n'était pas disponible pour tous les projets, que certains renseignements n'avaient pas été portés aux dossiers), il est néanmoins possible de tirer de nos observations plusieurs conclusions.

Dans l'ensemble, l'information recueillie dans le cadre de notre étude révèle que la SA/DVA répond à ses orientations stratégiques à long terme et à ses objectifs à court terme dont certains ont été atteints (p. ex., elle a amélioré les connaissances sur les questions relatives aux aînés et au vieillissement, guidé la mise au point de projets novateurs tels que NHPA et le PRAA, et amélioré le bien-être mental des aînés). Compte tenu de la nature évolutive des programmes de Santé Canada s'adressant aux aînés (NH a été créé en 1972) et de la brève existence de la SA/DVA (depuis 1994), la SA/DVA a obtenu un succès notable. Néanmoins, les personnes que nous avons consultées nous ont souligné des possibilités d'amélioration qui sont exposées ci-dessous et dans des documents techniques antérieurs.

La pertinence du programme

La persistance du risque

Malgré les progrès réalisés dans certains domaines (comme le régime de pensions de l'État), les aînés sont encore à risque au Canada. Nous avons puisé dans la documentation à l'étude les exemples suivants de besoins qui témoignent de ces facteurs de risque :

- le taux de pauvreté des personnes âgées demeure plus élevé que celui de la population canadienne dans son ensemble (19 p. 100 contre 16 p. 100 pour l'ensemble de la population) (Lochhead et Shillington, 1996);
  - la situation est encore exacerbée du fait qu'un grand nombre d'aînés s'élèvent à peine au-dessus du seuil de la pauvreté (Santé Canada, 1994a), ce qui les rend inadmissibles aux programmes destinés aux aînés qui vivent dans la pauvreté;

- les besoins des aînés en matière de soins de santé continuent d'être grands :

- les aînés ont plus d'ennuis de santé que les personnes de 50 à 64 ans (Synergistics Consulting, 1996);
- les aînés sont plus souvent hospitalisés que les adultes d'âge moyen en ce qui concerne la plupart des maladies (Statistique Canada, document non daté);
- la part des aînés dans le coût du système canadien de soins de santé est estimée entre 20 à 50 p. 100 des dépenses au chapitre de la santé (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1994) — toutefois, on nous a signalé que la plupart des dépenses ont lieu dans les six derniers mois de la vie et ne sont pas réparties sur la durée de la vieillesse (Roos, Shapiro et Roos, 1984; voir aussi Santé Canada, 1994a);

- ❑ les aînés ont au fil des années besoin davantage d'aide dans leur vie quotidienne :
  - les aînés de 80 ans et plus ont davantage tendance à avoir besoin d'aide pour leurs tâches domestiques (50 p. 100) que les aînés de 65 ans et plus (36 p. 100) (Statistique Canada, 1991b);
  - les aînés de 80 ans et plus ont davantage tendance à avoir besoin d'aide pour la préparation des repas (33 p. 100) que les aînés de 65 ans et plus (26 p. 100) (Statistique Canada, 1991b);
  - les aînés de 80 ans et plus ont davantage tendance à avoir besoin d'aide pour se déplacer (p. ex., moyen de transport) (49 p. 100) que les aînés de 65 ans et plus (33 p. 100) (Statistique Canada, 1991b).

Aussi bien lors des entrevues que lors des enquêtes, les répondants ont mentionné comme besoins primordiaux des aînés les soins de santé et la sécurité du revenu. Abstraction faite des conditions ci-dessus, de nombreux répondants ont estimé qu'en soi, le vieillissement de la population justifie l'existence d'un organisme fédéral chargé des questions du vieillissement et des aînés en prévision de l'avenir.

Comparaison avec d'autres groupes « à risque »

À partir de la documentation dont nous disposions, nous avons entrepris de comparer les aînés avec d'autres groupes « à risque » afin de voir s'ils étaient plus à risque que ceux-ci et si leur situation exige une attention spéciale. Il ressort que les aînés sont du moins aussi à risque que d'autres groupes « à risque » (p. ex., les enfants). Même s'il semble que, d'après les données connues, les Autochtones soient plus « à risque » que les aînés, il importe de se rappeler que les ressources utilisées ne nous ont pas permis de dresser des comparaisons directes entre les deux groupes.

- ❑ Les enfants :
  - à 18 p. 100, le taux de pauvreté des enfants âgés de moins de 15 ans est inférieur à celui des aînés (19 p. 100) (Lochhead et Shillington, 1996) —

la différence entre les deux taux peut sembler minime, mais il est à noter le nombre disproportionné de personnes âgées qui dépassent à peine le seuil de la pauvreté (Santé Canada, 1994a);
- les aînés sont plus souvent malades que les enfants (Synergistics Consulting, 1996);
- le recours aux services de santé sous forme de consultations médicales et de nuits d'hospitalisation est plus élevé chez les aînés (dans les 12 derniers mois, 69 p. 100 ont consulté trois fois et plus le médecin et 18 p. 100 ont passé trois nuits et plus à l'hôpital) que chez les jeunes (3 et 6 p. 100 respectivement) (Statistique Canada, 1991b);
- les jeunes sont plus exposés à des blessures (Statistique Canada, 1994-1995) — toutefois, les blessures que s'infligent les aînés constituent beaucoup plus un danger de mort (Statistique Canada, 1992a);
- le taux de suicide est plus élevé chez les Canadiens âgés que chez les jeunes (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1995).

- Les Autochtones :
  - la situation économique des aînés est sensiblement meilleure que celle des Autochtones (les aînés ont un taux de pauvreté de 19 p. 100 comparativement à celui des Autochtones qui atteint 30 p. 100) (Lochhead et Shillington, 1996);
  - les Autochtones âgés ont un taux de suicide inférieur à celui des aînés non autochtones (Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, 1995);
  - les statistiques en matière de santé révèlent que les aînés autochtones sont plus à risque que les aînés non autochtones (MAINC, 1989).

- Les immigrants et membres des minorités visibles :
  - le taux de pauvreté des minorités visibles (27 p. 100) est considérablement supérieur à celui des aînés (19 p. 100) (Lochhead et Shillington, 1996);
  - l'incidence des maladies chroniques et des incapacités prolongées n'est pas plus forte chez les immigrants que dans la population née au Canada (Chen, Ng et Wilkins, 1996);
  - rien n'indique que les besoins en soins de santé des immigrants ne sont pas comblés (Chen, Ng et Wilkins, 1996).

Les groupes d'aînés « à risque »

Bien que toutes les personnes âgées soient susceptibles d'éprouver des ennuis de santé, certains groupes sont plus exposés que d'autres :

- puisque santé et revenu vont de pair (Baker, 1988), il ne fait aucun doute que les aînés à faible revenu (habituellement des femmes, puisque 38 p. 100 vivent sous

le seuil de la pauvreté [Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993e] et que 60 p. 100 gagnent moins de 20 000 $ par année [Statistique Canada, 1991b]) constituent un segment majeur des aînés à risque;

- bien qu'ils représentent moins de 1 p. 100 de la population, les aînés autochtones sont plus à risque que les aînés non autochtones selon les statistiques en matière de santé (MAINC, 1989);

- les aînés des régions rurales ou éloignées sont aussi considérés comme étant davantage à risque parce qu'ils ont moins accès aux services, notamment aux moyens de transport en commun (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993h).

Le rôle de Santé Canada

Alors que les aînés ont des besoins particuliers, comme il est montré ci-dessus, les deux besoins les plus importants qui se dégagent de notre étude sont d'abord les soins de santé, puis la sécurité du revenu. La priorité absolue accordée à ces deux questions s'appuie non seulement sur la documentation et les entrevues auprès des répondants, mais sur les trois enquêtes menées dans le cadre de notre étude. Dans l'enquête auprès des bénéficiaires visés, 44 p. 100 affirment que toute la question des soins de santé et les maladies chroniques sont ce qui menace le plus la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés, tandis que 26 p. 100 retiennent surtout la sécurité du revenu. L'enquête auprès des clients du grand public donne les mêmes résultats : 57 p. 100 des répondants mentionnent comme principal problème toute la question des soins de santé et les maladies chroniques, et 42 p. 100 placent la sécurité du revenu en premier. Dans l'enquête effectuée dans le cadre de *Repenser le gouvernement*, 44 p. 100 des répondants estiment que les soins de santé constituent le besoin le plus important des personnes âgées, et 35 p. 100 placent en premier la sécurité financière.

Étant donné l'importance que les répondants de notre étude accordent aux soins de santé, ce qui se dénote aussi dans la documentation, il importe de revoir le mandat de Santé Canada à cet égard afin d'établir comment venir en aide aux personnes âgées dans ces domaines. La *Loi sur le ministère de la Santé* (projet de loi C-95), que le Parlement a récemment adoptée (19 juillet 1996), définit le rôle que Santé Canada doit jouer en ce qui concerne la santé des Canadiens. La *Loi* prévoit certaines responsabilités qui correspondent au rôle que joue Santé Canada au sein de la SA/DVA, notamment :

- la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population;

- la protection de la population contre la propagation de la maladie et les risques pour la santé;
- les enquêtes et les recherches sur la santé publique, y compris le contrôle suivi des maladies;
- la coopération avec les autorités provinciales et territoriales en vue de coordonner les efforts visant à maintenir et à améliorer la santé publique.

Le rôle de Santé Canada, tel que décrit dans le *Budget des dépenses 1995-1996 de Santé Canada, partie III*, consiste à aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur état de santé. Le Ministère se préoccupe principalement de la santé des personnes, des familles et de la société, et il met l'accent sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé. Il assume, entre autres, les responsabilités suivantes :

- le soutien financier des provinces et des territoires en matière de régime d'assurance-santé;
- la collaboration avec les provinces et les territoires pour le renouvellement du système de santé et pour la recherche de solutions à certains problèmes particuliers liés à la santé;
- la préservation de la santé et la protection du consommateur en réorientant et en renforçant le réseau canadien d'information sur la santé;
- l'avancement de la recherche en matière de santé publique;
- les activités ayant pour but d'améliorer les soins et les services de santé au Canada;
- les activités relatives à la prévention des maladies et à la promotion de la santé;
- les activités se rapportant aux difficultés éprouvées par certains groupes de la société (comme les femmes, les enfants et les personnes âgées).

Il est évident que les activités de la SA/DVA correspondent au mandat législatif du Ministère tel qu'il est énoncé ci-dessus, de même qu'à sa mission générale qui est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. Certains aspects de la SA/DVA sont aussi directement liés à des objectifs ministériels précis, tels qu'ils figurent dans le *Budget des dépenses 1995-1996 de Santé Canada, partie III* — par exemple, encourager un partenariat actif avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants dans le domaine de la santé; accorder davantage la priorité aux initiatives qui visent à éliminer les

principales disparités en matière de santé au Canada; jouer un rôle d'orientation pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des stratégies de la santé.

Toutefois, la sécurité du revenu en tant que deuxième besoin le plus important des personnes âgées a suscité un débat quant à l'autorité responsable des programmes s'adressant aux aînés. Autrement dit, on se demande si Santé Canada est le meilleur endroit pour un programme tel que la SA/DVA. La question se pose depuis que Santé nationale et Bien-être social Canada a été divisé et que la responsabilité des programmes de sécurité du revenu (c.-à-d. le Régime de pensions du Canada, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti) et le partage des frais des programmes d'aide sociale (par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada) ont été confiés à Développement des ressources humaines Canada (DRHC). Par conséquent, certains répondants trouvent que DRHC est peut-être mieux placé pour prendre les commandes. Cependant, la majorité est d'avis que, compte tenu de la prépondérance des besoins en matière de santé, la responsabilité devrait demeurer au sein de Santé Canada. Par ailleurs, étant donné que Santé Canada a adopté une approche axée sur les déterminants de la santé, qui reconnaît l'importance de la sécurité du revenu pour la santé, le fait de ne pas loger les programmes de sécurité du revenu à Santé Canada devient un facteur moins crucial. Enfin, il est logique que Santé Canada continue de piloter les efforts du gouvernement fédéral à l'égard du troisième âge : il a le mandat législatif (ainsi que nous l'avons mentionné) de promouvoir et de préserver le bien-être des Canadiens; il possède l'expérience et la compétence voulues; enfin, il a déjà assumé un rôle de chef de file et de coordination entre divers ministères et avec d'autres ordres de gouvernement. Néanmoins, en raison de cette division, Santé Canada et DRHC devront collaborer étroitement en vue de coordonner leurs efforts, Santé Canada prenant les rênes de cette activité.

En ce qui concerne le rôle qui convient le mieux à Santé Canada (entre le financement des programmes communautaires et le financement de la recherche), l'opinion des répondants est partagée. Ces divergences n'empêchent toutefois pas de dégager divers rôles clés pour Santé Canada. Comme on le verra ci-dessous, ces rôles sont dans l'ordre de la macrogestion.

La politique et le leadership

Les répondants reconnaissent à Santé Canada un rôle très important pour ce qui est de fixer les normes nationales, de mettre au point la politique et les mesures législatives nationales ainsi que d'offrir une vaste perspective nationale sur les questions touchant les aînés. Ce rôle est considéré important lorsqu'il s'agit de garantir que, d'un bout à l'autre du Canada, les aînés auront accès aux mêmes services et à la même qualité de service. On croit aussi important que Santé Canada agisse comme chef de file dans les démarches visant à s'attaquer aux problèmes du vieillissement et des aînés.

La coordination

Le rôle de coordonnateur entre les ministères, les autres ordres de gouvernement et les ONG, revêt un caractère crucial pour Santé Canada. Vu la taille du Canada, les responsabilités provinciales et territoriales en matière de soins de santé et le fait que divers ministères fédéraux s'occupent de questions touchant les aînés, il faut absolument que ces activités soient coordonnées de manière efficace pour éviter les dédoublements. Ce rôle est encore plus essentiel au succès des activités de Santé Canada depuis que le Ministère a adopté une stratégie d'amélioration de la santé de la population et un modèle général axé sur les déterminants de la santé. Le Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés et les rencontres fédérales-provinciales-territoriales constituent pour Santé Canada deux moyens de voir à la coordination des activités entre les ministères et les ordres de gouvernement.

Le partage de l'information

On s'accorde à dire que Santé Canada a un rôle clé à jouer en ce qui concerne la diffusion de l'information (résultats de la recherche, leçons tirées des projets communautaires, questions) dans toutes les régions du pays et à tous les intéressés (organismes, aînés). Étant donné que la diffusion de l'information dans l'ensemble du Canada est une entreprise formidable, on pense que Santé Canada est bien placé pour servir de facilitateur, afin de s'assurer que quiconque s'intéresse aux questions relatives aux aînés soit bien renseigné et que l'information soit diffusée comme il se doit.

La promotion de la santé et la prévention des maladies

Compte tenu des bienfaits que procure à la société la prévention dans tous les domaines (santé, criminalité, etc.), il n'est pas étonnant que les répondants attribuent à Santé Canada un rôle important en cette matière. Quelques répondants (dont un représentant d'un gouvernement provincial ou territorial) ont même insisté sur cette importance, car les provinces et territoires doivent s'occuper d'autres priorités et ont dû réduire les mesures préventives. Comme mesure de prévention, la promotion de la santé fait partie des fonctions cruciales de Santé Canada, selon des répondants de Santé Canada à Ottawa, étant donné qu'aucun autre ordre de gouvernement ni aucun autre ministère ne s'occupent, à l'échelle nationale, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Le défenseur des questions touchant au vieillissement et aux aînés

Les répondants trouvent que Santé Canada est bien placé pour agir au nom des aînés comme conseiller auprès du gouvernement fédéral et pour sensibiliser les autres ministères et ordres de gouvernement aux questions concernant les personnes âgées.

Le dédoublement et le chevauchement

Il ressort des observations faites dans le cadre de notre étude que, dans l'ensemble, la SA/DVA comble un besoin unique en son genre puisque les répondants ne relèvent que très peu de dédoublement ou de chevauchement. Les porte-parole des gouvernements provinciaux et territoriaux ont signalé un certain dédoublement avec les programmes subventionnaires de projets mais, en général, ils estiment que les activités de la SA/DVA complètent bien celles qu'entreprend leur administration. L'absence de dédoublement est attribuée à la bonne coordination offerte par les activités de la SA/DVA. Le peu de dédoublement qui existe serait le résultat d'un certain manque de communication (p. ex., dans la transmission entre ordres de gouvernement de l'information sur les priorités de financement) entre les autorités fédérales et provinciales-territoriales à l'échelle régionale.

Les réalisations du programme

L'administration du programme

Nous avons demandé aux répondants de l'enquête à l'intention du grand public ainsi qu'aux bénéficiaires d'une subvention et aux candidats non subventionnés leurs impressions sur l'administration du programme de la SA/DVA. Dans l'ensemble, l'administration des activités de la SA/DVA est jugée positive, les plus satisfaits étant les clients du grand public. L'opinion de ceux-ci est plus précisément la suivante :

- 90 p. 100 disent avoir obtenu l'information qu'ils recherchaient;
- 80 p. 100 disent avoir eu le contact souhaité;
- plus de 80 p. 100 se disent satisfaits de la clarté, de la pertinence et de l'utilité du renseignement, de la publication ou du conseil reçus;

- entre 70 et 77 p. 100 se disent satisfaits de la promptitude du programme, de la compréhension à l'égard de leur demande et de la capacité de répondre à leur demande;

- environ 60 p. 100 se disent satisfaits de la volonté du personnel de faire tout en son possible.

Dans l'ensemble, les bénéficiaires d'une subvention et les candidats non subventionnés se disent satisfaits du processus de présentation et d'approbation des demandes, de même que de la plupart des exigences et mécanismes administratifs. Les bénéficiaires d'une subvention (tant ceux du financement des programmes communautaires que ceux du PRAA) se disent particulièrement heureux de l'appui que leur a procuré le personnel de Santé Canada au niveau aussi bien régional que national. Les quelques reproches concernent le délai trop court pour la présentation des demandes, la lenteur de l'obtention du financement et l'attribution d'un délai trop court pour démarrer le projet.

Les activités de coordination

En matière de coordination, le rôle de Santé Canada est jugé très important, et la SA/DVA a pris des mesures en vue de le faciliter. Il convient surtout de mentionner la création, en 1994, du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés, qui a entrepris de dresser un cadre d'action en la matière. Toutefois, la première étape en vue d'améliorer la coordination des programmes pour les aînés a été la mise sur pied de la Direction des aînés et aînées en avril 1994. Celle-ci a reçu le mandat de servir, tant au sein de Santé Canada que du gouvernement fédéral, de centre de coordination pour les questions relatives aux aînés et au vieillissement. Le personnel régional de Santé Canada est aussi en liaison constante avec ses homologues des provinces et territoires, surtout dans le domaine de la consultation au cours du processus d'approbation des projets communautaires. Toutefois, en ce qui a trait au succès des activités de coordination de la SA/DVA, l'opinion est partagée. Au sujet de la coordination entre Ottawa et les régions, le personnel régional de Santé Canada pense qu'il y a lieu d'améliorer certains aspects de la coordination et de la communication. C'est aussi l'avis des responsables des gouvernements provinciaux et territoriaux; bien que la coordination soit bonne entre Santé Canada et les provinces et territoires, il faudrait prendre d'autres mesures (p. ex., faire participer les provinces au processus de sélection des projets).

Les partenariats

Le succès de la SA/DVA dans la mise sur pied de partenariats n'est pas passé inaperçu. En ce qui concerne les projets de financement communautaire, la formation de partenariats paraît notamment évidente dans le cadre de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés (NHPA) et d'Alliances pour l'autonomie. Ces partenariats mettent principalement en

cause les associations d'aînés et autres ONG. Compte tenu que ces programmes prévoyaient expressément la création de partenariats, cette constatation ne saurait étonner. Néanmoins, les partenariats ont joué un rôle important dans les projets de financement communautaire et ont permis à bon nombre d'entre eux d'aspirer à l'autofinancement : par exemple, 71 p. 100 des projets de Nouveaux Horizons examinés lors de la revue de la documentation ont dit s'autosuffire ou prévoir s'autosuffire (comme il s'agit d'une information *a priori*, il est difficile de savoir combien au juste sont parvenus à l'autosuffisance)[1]. Beaucoup de projets subventionnés ont atteint leur autonomie financière, selon leurs représentants interviewés au cours de notre étude : bon nombre des projets terminés sont autosuffisants même si certains ont dû réduire leurs activités; quant aux projets en cours, on a bon espoir de trouver du financement pour leur poursuite. Les partenariats constituent aussi un élément clé des projets du PRAA et du CCNTA. Les répondants ont bel et bien souligné les efforts de la SA/DVA pour créer des partenariats, mais ils ont l'impression qu'on pourrait faire davantage, surtout avec le secteur privé.

L'atteinte des objectifs et les répercussions prévues

Il est assez difficile de se prononcer sur les répercussions et les incidences de la SA/DVA étant donné les nombreux changements qui se sont produits au fil des ans, de sorte que certains des programmes à évaluer étaient relativement récents (p. ex., NHPA) tandis que pour d'autres, les exigences ont été différentes de celles des programmes actuels (p. ex., Nouveaux Horizons). Leur portée n'a pas non plus été évaluée directement (c.-à-d. qu'aucune mesure n'a été prise avant et après le programme). Néanmoins, nous avons pu constater l'atteinte du moins partielle de certains objectifs et noter diverses répercussions. En voici le résultat :

- le ciblage des aînés « à risque » s'observe dans les projets les plus récents. Entre 1991 et 1995, le financement des programmes communautaires des aînés a généralement profité à des aînés en santé, actifs et jouissant d'une sécurité financière. Cependant, la revue de la documentation des projets et l'enquête auprès des bénéficiaires visés révèlent que les projets NHPA ont mieux réussi à cibler les aînés « à risque » (cette constatation ne nous étonne pas puisque c'est une condition de NHPA);

- 74 p. 100 des bénéficiaires visés affirment que les services que leur ont procurés les projets de financement communautaire ont eu des effets positifs sur leur santé, leur bien-être et leur autonomie;

1. Une proportion plus petite de projets d'autres programmes ont dit s'autosuffire (c.-à-d., PAA — 28 p. 100; Alliances pour l'autonomie, 38 p. 100; NHPA — 21 p. 100). Cette situation s'explique en partie par l'absence de renseignements sur l'autofinancement dans les dossiers examinés (p. ex., seulement 9 projets de NHPA sur 42 avaient des indications sur cette question).

- les programmes de financement communautaire ont surtout eu des répercussions sur le bien-être mental et l'interaction sociale;

- les activités internes de la SA/DVA sont considérées comme ayant eu un effet positif sur la coordination et la promotion de la politique — notamment l'organisation de conférences, d'ateliers et de forums divers — et comme ayant soutenu considérablement le CCNTA;

- bien qu'on ne sache pas exactement dans quelle mesure l'information parvient aux personnes âgées elles-mêmes (p. ex., les rapports, les exposés de position et les publications), on a généralement l'impression que le PRAA et le CCNTA ont produit des résultats valables qui ont débouché sur de l'information ayant été diffusée sur une vaste échelle;

  - les aînés interviewés lors de l'enquête auprès des clients du grand public répondent que leur contact avec la SA/DVA leur a permis de mieux se renseigner sur certaines questions (comme l'alimentation, l'exercice physique) et d'être plus aptes à transmettre de l'information juste aux autres;

- le programme Alliances pour l'autonomie est parvenu à créer des partenariats, conformément à ses objectifs;

- les critères actuels en matière d'innovation et de collaboration sont appliqués aux projets de NHPA de même qu'au PRAA et au CCNTA — on estime tout particulièrement que le PRAA et le CCNTA ont suscité une collaboration et des partenariats importants et uniques en leur genre (de nature, par exemple, multidisciplinaire);

- dans l'ensemble, les activités du PRAA (du fait qu'elles permettent aux chercheurs et aux décideurs des diverses régions du Canada de collaborer) et celles du CCNTA ont eu des répercussions sur la politique, bien que la portée directe du CCNTA en cette matière soit moins certaine, et ont enrichi les connaissances sur les questions touchant les aînés et le vieillissement;

- il est reconnu que le PRAA a permis d'entreprendre des recherches cruciales et qu'il a favorisé le partage de l'information;

- le principal atout du CCNTA réside dans la qualité et la popularité de ses publications.

Les points forts

Chacun s'accorde à dire que le personnel de la SA/DVA est l'un des points forts de cette dernière. Les répondants estiment que le personnel de la SA/DVA possède beaucoup de compétences et d'expérience, qu'il est très informé et qu'il à coeur les questions touchant le vieillissement et les aînés. Les aspects suivants sont aussi à signaler :

- l'aptitude à mettre en lumière les problèmes des aînés;
- le leadership offert aux autres ministères fédéraux;
- le financement des activités des aînés qui a permis d'entreprendre de nombreux projets;
- la participation des aînés aux projets subventionnés;
- la publication de documents touchant les aînés qui sont compréhensibles, pertinents et bien distribués.

Les points faibles

Les répondants relèvent trois grandes faiblesses de la SA/DVA : a) certains aspects du processus de financement des projets communautaires (p. ex., le manque de financement global, de financement permanent et de financement pour les projets à long terme); b) le peu d'efforts pour faire connaître la SA/DVA, ses activités et son mandat; c) la coordination et la communication (p. ex., entre l'administration centrale et les bureaux régionaux de Santé Canada, entre Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, et entre les ministères fédéraux). Il est à noter que nous avons signalé précédemment que les activités de coordination de la SA/DVA avaient été un facteur crucial dans l'absence de dédoublement des programmes et des activités. Ce domaine paraît néanmoins faible à certains répondants. Cette faiblesse apparente est particulièrement digne d'intérêt puisque les fonctions de coordination et de communication sont considérées comme étant l'un des rôles clés de Santé Canada. Les répondants mentionnent aussi les faiblesses suivantes :

- le processus de présentation des demandes de financement (lenteur, conditions trop contraignantes);
- la lenteur à tirer des leçons des activités, notamment dans le cas des projets de financement communautaire;
- l'absence d'une stratégie d'évaluation des projets;
- le manque de synthèse dans le domaine de la recherche.

Les solutions de rechange

La rentabilité

Il est difficile de commenter la rentabilité des programmes de la SA/DVA en raison du peu de données concrètes qui traitent de la rentabilité relative des divers éléments ou approches de la SA/DVA. Par exemple, les renseignements qui figurent dans les dossiers des projets ne permettent pas d'analyser les coûts et avantages. Cependant, la SA/DVA s'est efforcée d'assurer la rentabilité des activités dès le début de nombreux projets en vérifiant, par exemple, la nécessité du projet, son caractère innovateur, le fait qu'il débouche sur des partenariats et que son financement correspond aux priorités établies. La plupart des répondants ne sont pas en mesure non plus de se prononcer sur la rentabilité des divers programmes de la SA/DVA. En général, ils croient néanmoins que l'approche de la SA/DVA - qui consiste à favoriser la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés - devrait aboutir à des activités rentables. En outre, les répondants sont d'avis que l'autonomie et la qualité de vie ont d'importantes répercussions positives sur le coût des soins de santé et peuvent contribuer à réduire les dépenses en matière de soins de santé et de services sociaux. Selon la documentation (Baker, 1988), beaucoup d'auteurs seraient d'avis que de profondes réformes ayant pour effet de recentrer l'attention sur la prévention, les soins communautaires et à domicile ainsi que l'intervention d'une diversité de professionnels de la santé se révéleront rentables. L'autonomie et l'autogestion de la santé constituent, par exemple, des stratégies peu coûteuses qui peuvent améliorer la santé et les conditions de vie.

Les secteurs essentiels de la SA/DVA

De façon générale, les répondants estiment que la SA/DVA doit demeurer engagée dans tous les secteurs dont elle s'occupe actuellement. Beaucoup soulignent aussi l'importance de conserver une division responsable des questions touchant le vieillissement et les aînés. De l'avis des répondants, il existe des secteurs où il est essentiel que la SA/DVA poursuive son action; ces secteurs reflètent fidèlement les rôles qu'on souhaite voir le gouvernement fédéral et Santé Canada assumer en ce qui concerne les questions associées au vieillissement et aux personnes âgées. Il s'agit des secteurs suivants :

- ***la politique*** — élaborer et guider la politique à l'échelle nationale;
- ***la coordination et la facilitation*** — coordonner les programmes et activités des aînés tant au sein du gouvernement fédéral qu'auprès des autres ordres de gouvernement et des organismes non gouvernementaux;

- ***la recherche*** — jouer un rôle de chef de file dans l'établissement du programme de recherche, le financement s'y rattachant, la coordination des partenariats et la diffusion des résultats;

- ***le partage de l'information*** — rassembler l'information et la faire connaître aux provinces et territoires, aux autres organisations et aux personnes âgées elles-mêmes;

- ***le financement des programmes communautaires s'adressant aux aînés.***

D'après nos enquêtes auprès des clients du grand public et des bénéficiaires visés, il y a très peu de programmes et de services pour aînés où il paraît souhaitable que le gouvernement fédéral réduise son soutien - la seule exception concerne la couverture des soins de santé dispensés à l'étranger. En ce qui a trait à l'accroissement du soutien, les répondants qui ne sont pas des personnes âgées tendent plus que les aînés à penser que le gouvernement devrait augmenter son aide dans une variété de domaines. Toutefois, les personnes interviewées s'accordent à dire (y compris dans le cadre de *Repenser le gouvernement*) que les questions de santé sont prioritaires. Pour les clients du grand public aussi bien que pour les bénéficiaires visés, la recherche sur les problèmes de santé des aînés, le soin des aînés à domicile, le soutien aux aidants informels ainsi que les services de soins à domicile et de soutien à domicile, constituent des secteurs dans lesquels le gouvernement devrait investir davantage.

Les secteurs non essentiels de la SA/DVA

L'ensemble des répondants, y compris ceux des enquêtes, hésitent à qualifier de non essentiel quelque secteur que ce soit de la SA/DVA. C'est peut-être en partie attribuable au fait qu'un grand nombre de répondants voient la stratégie globalement - comme un programme intégré dont les éléments profitent les uns des autres. Alors que certains répondants suggèrent le retrait des programmes de financement communautaire, d'autres jugent qu'il s'agit d'un domaine essentiel pour la SA/DVA. On avance comme justification que ce rôle revient plutôt aux provinces et aux territoires et qu'il ne correspond pas à l'orientation actuelle du gouvernement fédéral. Il conviendrait mieux au gouvernement fédéral, pense-t-on, de chercher plutôt à financer les projets pilotes, à les évaluer et à en diffuser les résultats de manière à promouvoir le lancement de projets ayant de bonnes chances de réussir. C'est conforme au rôle que Santé Canada doit jouer en matière de recherche, car il entreprendrait des recherches sur les genres de programmes qui ont du succès et en diffuserait les résultats. Certains répondants disent toutefois craindre que les provinces et territoires ne puissent assumer la responsabilité financière des programmes de financement communautaire. Parmi les autres programmes cités comme non essentiels, quoique moins fréquemment, mentionnons :

- les projets associés à l'image publique;
- les projets qui se situent en dehors des préoccupations fondamentales de la SA/DVA ou qui sont perçus comme peu rentables;
- les domaines qui ne concernent pas uniquement la santé (pauvreté, chômage, etc.).

Les mécanismes et les structures de rechange

Les répondants ont très peu de recommandations touchant des mécanismes et des structures de rechange pour la SA/DVA, et un grand nombre estiment que la Division devrait rester intacte. Cela dit, voici les quelques suggestions ou recommandations formulées :

- se décharger de la responsabilité des programmes de financement communautaire — bien que certains répondants croient que la responsabilité des projets communautaires doit être confiée aux provinces et territoires, on souligne (surtout les représentants des provinces et territoires) que le financement devrait toujours provenir de Santé Canada;
- hausser l'emplacement organisationnel de la SA/DVA au sein du Ministère, car elle est présentement trop loin du Sous-ministre et du Ministre pour influer sur la politique;
- confier aux opérations internes certaines ressources du programme de la SA/DVA pour permettre une plus grande élaboration de la politique;
- chercher de nouvelles méthodes de communication plus rentables.

Les améliorations

Les répondants ont avancé quelques idées pour améliorer la SA/DVA. Bien que les suggestions soient des plus variées, il s'en dégage des thèmes communs :

- ***la coordination*** — veiller à ce que les programmes soient mieux coordonnés dans l'ensemble du gouvernement fédéral et entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux;
- ***la planification*** — adopter une perspective à plus long terme et mieux planifiée pour les décisions touchant le financement et l'affectation des fonds aux projets communautaires;

- ***le partenariat*** — former davantage de partenariats avec des organismes externes, en particulier le secteur privé;

- ***l'évaluation*** — définir des objectifs rigoureux et réalistes de manière à transformer l'approche actuelle des questions relatives au vieillissement et aux aînés en des objectifs opérationnels mesurables. On pourrait ainsi procéder à une évaluation des divers éléments de la stratégie ou des projets financés par les divers programmes au niveau des projets.

Conclusion

L'une des principales conclusions qu'on puisse sans doute tirer de l'évaluation concernant la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés, c'est que le gouvernement fédéral, et en particulier la SA/DVA (que ce soit à titre d'unité distincte ou dans le cadre de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population), a toujours un rôle pertinent à jouer dans le traitement des questions relatives au vieillissement et aux aînés. De façon générale, on estime que bien que la situation des aînés se soit améliorée du fait que beaucoup de leurs problèmes ont été pris en compte, il reste fort à faire. Les rôles précis que les répondants demandent au gouvernement fédéral et à la SA/DVA de jouer concernent la politique et le leadership, la coordination interne et intergouvernementale, la collecte de l'information - y compris la recherche - et sa diffusion, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi qu'un rôle de défenseur des questions relatives au vieillissement et aux aînés. Ces rôles correspondent très étroitement aux secteurs qui ont été jugés par les répondants comme exigeant la participation de la SA/DVA.

Dans l'ensemble, les répondants sont d'accord avec les programmes et les activités de la SA/DVA et affirment que, du moins dans une certaine mesure, les activités ont amélioré la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés. L'étude révèle aussi que les programmes ont réalisé un certain nombre de leurs objectifs (p. ex., innovation, ciblage, formation de partenariats). Les répondants estiment également que le PRAA et le CCNTA ont réussi à produire une recherche de qualité et à diffuser l'information en découlant aux décideurs, aux chercheurs et aux intéressés. Ils ont avancé quelques idées pour améliorer la SA/DVA. Leurs suggestions concernent, entre autres : une meilleure coordination; une meilleure planification; un plus grand nombre de partenariats; la définition d'objectifs opérationnels mesurables qui permettraient d'adopter une stratégie visant à faire des évaluations au niveau des projets. Il est également proposé de décentraliser le financement des programmes communautaires des aînés ou de réorienter ses fonds vers des projets pilotes. Il est à signaler que la SA/DVA avait déjà relevé certaines des questions énoncées dans l'évaluation et qu'elle a commencé, ces dernières années, à s'y attaquer.

CHAPITRE

1 INTRODUCTION

1.1 Introduction

Voici le rapport final qui contient les résultats de l'évaluation de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA) de Santé Canada. L'organisation du rapport est décrite à la section 1.4. Vous trouverez dans le présent chapitre une analyse du contexte de cette étude, y compris l'historique de la SA/DVA et de ses éléments de programme, ainsi que les questions ayant fait l'objet de l'évaluation.

(a) Le contexte

Les démographes, les sociologues et autres chercheurs ont consacré de plus en plus de temps, ces dernières années, à l'analyse de l'interaction entre certains facteurs, comme les taux de fécondité et de mortalité et la migration, ainsi que des répercussions de ces facteurs sur la structure d'âge de la société. Il est maintenant établi que la population canadienne, tout comme celle des autres pays occidentaux, vieillit. Dans les faits, cela signifie que plus de

Canadiens que jamais se trouvent dans la catégorie des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette tendance devrait se maintenir, en raison de la génération du « baby boom » qui s'apprête à entrer dans l'âge d'or et des taux de fécondité et d'immigration qui demeurent faibles. Les membres de la catégorie des personnes âgées changent, eux aussi. Les Canadiens vivant plus longtemps, la proportion que représentent les gens plus âgés à l'intérieur de cette catégorie (soit les gens de plus de 75 ans ou de plus de 85 ans) s'est nettement accrue (Desjardins, 1993).

L'augmentation du nombre de personnes âgées au Canada s'est également accompagnée d'un changement au niveau du profil social de ces aînés. Des recherches et des consultations menées auprès des aînés semblent indiquer qu'un nombre croissant de personnes de plus de 65 ans ne correspondent plus au stéréotype des aînés (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993b). Les personnes âgées sont en meilleure santé, sont plus actives et s'affirment plus que jamais. Tout porte à croire que les aînés de demain seront plus instruits et, dans certains cas, plus fortunés. Les personnes âgées affirment subir moins de stress dans leur vie et avoir plus de temps pour faire ce qu'elles n'ont pu accomplir à l'époque où elles occupaient un emploi ou élevaient leurs enfants. En général, le comportement des aînés face au vieillissement traduit une philosophie de la vie essentiellement positive (Tandemar Research Inc., 1988).

Bien que les personnes âgées affirment entretenir des relations positives avec les gens et être traitées avec respect, elles doivent encore parfois lutter contre des attitudes ou des concepts négatifs ou naïfs concernant le vieillissement et les aînés (Desjardins et Dumas, 1993). Selon certains analystes, du fait de leur nombre, les personnes âgées se sentent désormais plutôt dépréciées et les inconvénients associés à la détérioration de la santé physique et mentale semblent plus importants que les connaissances et l'expérience accumulées au fil des ans. Les aînés eux-mêmes estiment qu'il faut sensibiliser davantage la population pour lutter contre la minorité qui prône encore des opinions et des attitudes périmées (Desjardins et Dumas, 1993).

Ces nouvelles réalités démographiques et sociales représentent des défis pour les gouvernements, les organismes sociaux et les services de santé qui s'occupent des personnes âgées et qui devront satisfaire aux besoins changeants de la société. Le vieillissement de la population devrait avoir une incidence généralisée sur l'orientation et le programme politique, puisque les besoins des aînés prendront de plus en plus d'importance. Même si, de nos jours, de nombreuses personnes âgées vivent seules, en se fiant sur leur propre réseau de soutien, le vieillissement de la population modifiera, et certains disent même qu'il accroîtra, la demande à laquelle doivent satisfaire nos institutions. Ces institutions offrent du soutien aux aînés qui vivent seuls et des services directs à ceux qui ne peuvent plus vivre seuls. Tout cela devrait avoir des répercussions sur les soins de santé, la sécurité du revenu, l'aide sociale et le logement. À l'avenir, on se penchera davantage sur les questions liées à la sensibilisation de la population ainsi qu'à l'image et aux droits des aînés.

(b) Le profil des Canadiens âgés

Les aînés ne forment pas un groupe homogène et leur expérience du vieillissement et du troisième âge est liée à des caractéristiques sociales, économiques, épidémiologiques et démographiques. Selon les recherches effectuées, la santé et l'autonomie sont deux facteurs clés pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées. La bonne santé et l'autonomie sont intrinsèquement liées (Optima Research, 1991). Par exemple, la perte d'autonomie que peut entraîner un accident cérébrovasculaire, une fracture ou la détérioration générale de la santé physique préoccupe grandement les aînés. Dans le cadre d'une autre étude (Tandemar Research Inc., 1988), les personnes âgées définissaient l'autonomie comme la faculté de prendre ses propres décisions et de décider où elles veulent aller et ce qu'elles veulent faire et l'associaient à la dignité, à la fierté et au bonheur. Adopter une attitude positive et se concentrer sur les bons côtés de leur vie (leurs amis, les activités qui leur plaisent, leur

famille, etc.) étaient également des considérations importantes aux aînés qui désiraient avoir une vie satisfaisante après avoir franchi le cap des 60 ans.

Le profil démographique général des personnes âgées a changé au cours des dernières décennies et devrait continuer de se transformer à l'avenir. Voici un résumé du profil des Canadiens âgés.

Âge. En 1991, 31 p. 100 des Canadiens étaient âgés de 45 ans ou plus et 12 p. 100 étaient âgés de 65 ans ou plus (Statistique Canada, 1993a). Bien que la proportion de Canadiens âgés de 65 ans ou plus augmente depuis le début du siècle, le rythme auquel elle s'accroît s'est nettement accéléré ces dernières décennies et devrait continuer de s'accentuer à l'avenir. Ainsi, la proportion de la population totale âgée de 65 ans et plus s'établissait à environ 5 p. 100 vers 1900, à 6,7 p. 100 en 1941, à 9,7 p. 100 en 1981 et devrait dépasser 19 p. 100 d'ici 2021 (Gee et Kimball, 1987). Simultanément la population âgée vieillit elle-même : le nombre de Canadiens de 75 ans ou plus s'est accru à un taux annuel de 3,5 p. 100 ou plus au cours des années 1980, comparativement à un taux d'environ 1 p. 100 pour le reste de la population, et ce taux devrait se maintenir d'ici la fin du siècle (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1989).

Sexe. Les femmes représentent une proportion de plus en plus importante des cohortes de personnes âgées. Ainsi, en 1991, on dénombrait 1,38 femme pour chaque homme dans le groupe d'âge des personnes de 65 ans et plus et 2 femmes pour chaque homme dans le groupe des personnes de 85 ans et plus (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993d). Un chercheur a observé que le vieillissement peut se vivre très différemment par les hommes et par les femmes, en admettant que les différences entre les sexes observées au cours de la vie ont également une incidence sur la vie quotidienne des aînés (Barer, 1994). Par exemple, traditionnellement, les femmes étaient incitées à se montrer passives et à se concentrer sur le bien-être de leur famille, ce qui ne change pas tellement pour bien des femmes à mesure qu'elles vieillissent. Par contre, le rôle des hommes se fonde davantage sur

la compétence, l'activité, la productivité, l'indépendance et l'autonomie, objectifs que les hommes ont de plus en plus de mal à atteindre en vieillissant.

Lieu de résidence. En ce qui concerne le lieu de résidence des aînés, 75 p. 100 d'entre eux vivaient en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique en 1991, ce qui correspond à la répartition géographique de la population en général. La plus forte proportion d'aînés vit à Victoria (19 p. 100) et la plus faible, à Calgary (8 p. 100) (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993f). La plupart des personnes âgées vivent dans la collectivité (94 p. 100) et seulement 37 p. 100 des personnes de 85 ans et plus vivent en établissement (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993i).

Revenu. Parce qu'elle est exclue du marché du travail et ne touche pas de pension, une minorité importante de Canadiens âgés vit dans la quasi-pauvreté ou dans la pauvreté. Par exemple, en 1990, 35 p. 100 des personnes âgées vivant seules touchaient un revenu qui les plaçait en-deça du seuil de la pauvreté établi par le gouvernement fédéral. Les femmes âgées vivant seules sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les hommes âgés seuls (38 p. 100 comparativement à 26 p. 100) (Ng, 1992). Vivre dans des conditions financières difficiles peut accroître le stress associé au vieillissement.

Santé. Les personnes âgées souffrent d'un certain nombre de problèmes de santé communs, y compris l'arthrite et le rhumatisme (55 p. 100), l'hypertension (39 p. 100) et les troubles respiratoires (24 p. 100) (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993c). Les aînés sont également deux fois plus susceptibles de souffrir de ces problèmes de santé que l'ensemble de la population. Cependant, bien que 80 p. 100 des personnes âgées soient atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques, seulement 20 p. 100 d'entre elles estiment que ces maladies ont grandement limité leurs activités. De plus, les personnes âgées vivent plus longtemps. Entre 1975-1977 et 1985-1987, l'espérance de vie des hommes de 65 ans s'est accrue, passant de 14 à 14,9 années, de même que celle des femmes, qui est passée de 18 à 19,1 années (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993c).

Éducation. Les personnes âgées deviennent de plus en plus instruites, à mesure que le niveau de scolarité de la société augmente. En 1986, 27 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans détenaient un diplôme d'études secondaires ou d'études postsecondaires. On estime que, d'ici l'an 2006, cette proportion aura grimpé à 37 p. 100. De plus, les aînés participent davantage aux programmes d'éducation permanente. Ainsi, le nombre de participants aux activités éducatrices organisées par *Creative Retirement Manitoba* a augmenté, passant de 200 en 1980 à 3 000 en 1991. En fait, on s'attend à une hausse du niveau de participation aux programmes d'éducation aux adultes de 94 p. 100 d'ici l'an 2005 et de 141 p. 100 d'ici l'an 2010 (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993a).

Considérations ethniques et raciales. Au Canada, environ 16 p. 100 des personnes âgées sont nées à l'extérieur du Canada et environ 27 p. 100 se déclarent d'origine autre que britannique ou française (données de 1981) (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993g). Selon Henderson (1994), le fait d'être à la fois âgés, membres d'une minorité ethnique et en mauvaise santé peut rendre certains aînés plus vulnérables. Ainsi, les membres d'une minorité ethnique qui sont très âgés peuvent encore souffrir des effets des préjugés dont ils ont été victimes, et ce, au moment de leur vie où ils connaissent leurs pires difficultés financières et de graves problèmes de santé. Les recherches menées auprès de membres âgés d'une minorité ethnique peuvent se révéler ardues, dans la mesure où certains aînés se sont assimilés et dans la mesure où ils acceptent de livrer au chercheur les différences culturelles qu'ils vivent personnellement. Dans certains cas, ces personnes âgées peuvent préférer taire ces différences culturelles, tandis que d'autres n'ont aucune hésitation à révéler ces distinctions.

On estime en général que les personnes âgées appartenant à certains groupes ethniques se soucient moins de leur bien-être parce que leur famille s'occupe d'elles. Fait intéressant, certains chercheurs réfutent la croyance populaire selon laquelle les groupes ethniques « traditionnels » offrent à leurs aînés un soutien familial différent des groupes

ethniques « modernes » (Payne et Strain, 1991). Leur analyse n'a pas permis de déceler de différences nettes entre le soutien familial offert par les groupes ethniques traditionnels et celui fourni par les groupes ethniques modernes. Par ailleurs, même l'âge auquel une personne est considérée âgée varie d'un groupe à l'autre : ainsi, un auteur recommande que les Autochtones canadiens soient considérés comme des personnes âgées dès qu'elles atteignent 50 ans, étant donné les différences observées dans leur espérance de vie ainsi que leurs taux de morbidité et d'invalidité (Armstrong-Esther, 1994).

Les aînés appartenant à des groupes ethniques peuvent également subir un stress accru attribuable à la confrontation entre leur culture, où les personnes âgées jouissent d'une grande estime, et la réalité canadienne, où leur situation n'est pas aussi respectée (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991b). Toutefois, selon une étude récente menée au Manitoba, la situation des personnes âgées s'améliorerait, c'est du moins le sentiment qu'éprouvent les aînés appartenant à certains groupes ethniques (essentiellement anglais, français et allemand) (Chipperfield et Havens, 1992). S'ajoute à ce stress la nécessité pour les personnes âgées de s'adapter aux changements démographiques et de les tolérer, notamment en ce qui concerne l'immigration et l'assimilation des membres des minorités visibles.

Les réactions du gouvernement fédéral

Les premiers programmes fédéraux conçus à l'intention des personnes âgées touchaient à la sécurité du revenu (ainsi, la pension de vieillesse a été créée en 1927 pour être remplacée par la Sécurité de la vieillesse (SV) en 1952; puis le Régime de pensions du Canada (RPC) a été établi dans les années 1960). En 1972, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque a créé le programme Nouveaux Horizons. Devant le vieillissement de la population, on s'inquiétait de l'augmentation des coûts associés aux soins en établissement, d'une part, et de la demande en services par les personnes retraitées et à leur intention, d'autre part (Santé nationale et Bien-être social, 1988). Le programme Nouveaux

Horizons avait pour but de subventionner des projets non seulement plus intéressants et plus profitables aux Canadiens âgés à la retraite ainsi qu'à leur collectivité, mais qui étaient aussi gérés et réalisés par eux. En 1980, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a créé le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), reconnaissant ainsi la nécessité d'obtenir des conseils et des recherches indépendantes sur les questions liées aux aînés et au vieillissement (Santé Canada, 1995d). En tant qu'organisme indépendant, le CCNTA avait pour mandat d'aider et de conseiller le Ministre sur toutes les questions touchant les aînés. Sept ans plus tard, comme les aînés représentaient une proportion croissante de la population, un ministre d'État pour le Troisième âge était nommé.

La nomination d'un ministre d'État pour le Troisième âge a immédiatement été suivie par l'annonce six mois plus tard (en février 1988) d'une initiative quinquennale à l'égard des aînés (également appelée la Stratégie à l'égard des aînés). Outre l'augmentation du financement du programme Nouveaux Horizons (NH) et du soutien financier accordé au CCNTA, des fonds ont été consacrés au Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s (PRAA) et au Programme d'autonomie des aîné(e)s (PAA). Dans le cadre de cette Stratégie à l'égard des aînés, le PRAA avait pour mission d'effectuer des recherches sur les maladies (comme l'Alzheimer) ayant une incidence sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Dans le cadre de la deuxième Stratégie (analysée ci-après), le mandat et les objectifs du PRAA ont été remaniés, avec l'ajout d'un nouvel objectif tendant à renforcer et à élaborer des travaux de recherche nationaux tout en accordant une importance égale aux considérations sociales et économiques de même qu'aux problèmes de santé ayant une incidence sur l'autonomie des aînés d'aujourd'hui et de demain. Le financement de la recherche effectuée par le PRAA était (et est toujours) administré par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS). Bien qu'il relève de Santé nationale et Bien-être social Canada, le PRAA a également subventionné certaines recherches par l'entremise de la

Division des subventions au bien-être social[2]. À l'époque, l'ancienne Division des maladies reliées au vieillissement du Laboratoire de lutte contre la maladie (devenue le Programme des maladies reliées au vieillissement de la Division du vieillissement et des aînés) faisait partie du PRAA. Quant au PAA, il visait à apporter les fonds nécessaires à la création de partenariats entre le secteur bénévole et les aînés dans le but d'élaborer des méthodes innovatrices favorisant l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

Enfin, un Secrétariat du troisième âge chargé de soutenir le ministre d'État pour le Troisième âge et de consulter les autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux a été créé, en vue de partager l'information, d'organiser des réunions et des ateliers et de préparer des publications. De plus, la Division de la politique de la santé[3] s'est vue accorder un soutien financier, pour qu'elle fournisse au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et au ministre d'État pour le Troisième âge des services d'analyse, de conseils et d'information sur les questions de santé, d'ordre social et de politique se rapportant aux aînés. Même si ces composantes s'inscrivaient toutes dans l'initiative à l'égard des aînés, elles formaient des entités distinctes et étaient réparties dans plusieurs services au sein du Ministère.

En 1993, le Cabinet a reconduit la Stratégie à l'égard des aînés pour une deuxième période quinquennale. En profitant des réalisations initiales et en introduisant des éléments innovateurs, la nouvelle stratégie devait mener à l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées. La Stratégie à l'égard des aînés a reçu 170 millions de dollars (somme réduite de moitié par la suite)[4], dont 149 millions de dollars destinés au

2. La Division des subventions au bien-être social (DSBS) a été confiée à Développement des ressources humaines Canada en juin 1993.

3. À la suite d'une réorganisation en 1995 au sein de la Direction générale des politiques et de la consultation, la Division de la politique de la santé, qui était responsable des questions relatives aux aînés, est devenue la Division de l'économie de la santé et de l'analyse des systèmes.

4. À la suite de divers remaniements au sein du Ministère.

financement continu des programmes communautaires des aînés, ces fonds devant être répartis sur une période de cinq ans. Outre ces fonds, la nouvelle stratégie avait également accès aux fonds de services votés accordés au programme Nouveaux Horizons et au CCNTA, ce qui portait à l'origine à 234 millions de dollars la somme dont disposait la Stratégie à l'égard des aînés et ses diverses composantes. Outre les composantes de l'initiative initiale, deux nouveaux éléments s'ajoutaient à la stratégie : le financement du programme Alliances pour l'autonomie et l'élaboration d'une politique fédérale en matière de vieillissement. Par l'entremise d'Alliances pour l'autonomie, des partenariats entre les aînés et l'industrie, le monde du travail et d'autres ordres de gouvernement ont été créés dans le but d'aborder les questions du vieillissement et de l'autonomie. La politique fédérale en matière de vieillissement devait servir à soutenir la préparation d'un programme complet de mesures relatives aux questions d'importance pour les aînés et pour la population vieillissante des années 1990 et au-delà.

Un certain nombre de faits ont influé sur la Stratégie à l'égard des aînés depuis son renouvellement. Deux mois après le renouvellement, le gouvernement a traversé une période de réorganisation qui a entraîné la création d'un nouveau mandat pour le portefeuille de la santé, portant sur les défis à relever pour rendre viable le système de santé au Canada. En même temps, le poste de ministre d'État pour le Troisième âge a été aboli et ces fonctions ont été confiées au ministre de la Santé, qui est donc devenu ministre responsable des aînés. Enfin, à l'automne 1993, le *Rapport du vérificateur général du Canada* soulignait la nécessité de coordonner et d'évaluer plus rigoureusement les activités liées aux aînés.

Conformément aux résultats d'un examen interne de Santé Canada et des recommandations du Vérificateur général, une Direction des aîné(e)s a été créée en 1994. En 1995, cette direction a changé de nom et est devenue la Direction du vieillissement et des aînés (DVA) à la suite de la réorganisation de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. De plus, la majorité des programmes pour les aînés et,

par conséquent, les principaux éléments de la Stratégie à l'égard des aînés ont été fusionnés et confiés à la gestion de la Direction. Cela a permis de regrouper sous une seule organisation la plupart des fonctions relatives à la consultation, à l'élaboration de la politique, à la recherche, aux programmes, aux communications et à l'administration. La réalisation des programmes est une fonction que se partageaient et que continuaient d'exercer les divers éléments qui ne relevaient pas de la direction générale, mais qui pouvaient toujours compter sur la Direction générale des politiques et de la consultation pour leur offrir une aide spécialisée en matière de politiques. Grâce à cette fusion, Santé Canada était en mesure de coordonner les divers éléments de la nouvelle Stratégie à l'égard des aînés et, par l'intermédiaire de la DVA, de mieux surveiller la Stratégie. Même si la Stratégie à l'égard des aînés a été reconduite et dotée d'un mandat de cinq ans, elle sera abolie au bout de quatre ans. Par ailleurs, la politique fédérale en matière de vieillissement qui devait être appliquée dans le cadre de la nouvelle stratégie a été abandonnée. Elle a été remplacée par le Cadre sur le vieillissement élaboré sous l'égide des ministres responsables du Troisième âge (la partie fédérale, provinciale et territoriale) et du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés (la partie fédérale).

En avril 1995, au sein de la Division du vieillissement et des aînés, le programme Nouveaux Horizons, le Programme d'autonomie des aîné(e)s et Alliances pour l'autonomie ont fusionné et sont devenus le programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés (NHPA), bien que, sur le plan administratif, ils aient déjà été regroupés en 1993 sous les Programmes communautaires des aînés. Le programme NHPA dessert aujourd'hui tous les groupes de requérants des trois anciens programmes. La création du programme NHPA a mené à l'établissement de nouveaux objectifs (les aînés à risque, innovation et évaluation, partenariats) et de nouvelles procédures (établissement des priorités, présentation des demandes, examen).

Les éléments de la Stratégie à l'égard des aînés n'ont pas tous été absorbés par la Division du vieillissement et des aînés. Il existe quatre organisations qui, sans relever de la DVA, collaborent avec elle pour exécuter certains aspects de la Stratégie à l'égard des aînés.

Il s'agit des organisations suivantes : les bureaux régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS); la Division de la recherche extra-muros, rattachée à la Direction de la recherche, de la politique et de la planification en matière de programmes au sein de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé; le Conseil consultatif national sur le troisième âge; la Division de l'économie de la santé et de l'analyse des systèmes, qui relève de la Direction générale des politiques et de la consultation. Les bureaux régionaux de la DGPPS partagent avec la DVA la responsabilité de financer les programmes communautaires des aînés. La Division de la recherche extra-muros gère le PRAA, y compris l'examen par les pairs et la gestion financière de la recherche sur les aînés. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge, qui compte sur des services de soutien à la recherche et au secrétariat de la part de la DVA, parraine et mène des études sur des questions relatives au vieillissement et donne des conseils au Ministre sur les questions liées aux aînés. La Direction générale des politiques et de la consultation apporte de l'aide au Ministre, sous la forme de travaux de recherche et d'analyse et de conseils en matière de priorités d'action concernant des questions et des activités comme le renouvellement du système de santé à l'échelle fédérale-provinciale-territoriale.

Pour les fins de l'évaluation et pour illustrer le fait que la Division du vieillissement et des aînés et la Stratégie à l'égard des aînés sont désormais intrinsèquement liées, nous les appelons dans le présent document la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA). Non seulement ces entités sont-elles liées, mais on considère maintenant que les services votés et l'enveloppe de financement de la Stratégie ne forment qu'une seule enveloppe. Pour l'exercice 1995-1996, le budget total de la SA/DVA s'élevait à 33 118 000 $. Ce budget est réparti selon les programmes figurant au tableau 1.1.

TABLEAU 1.1
Sommaire des ressources financières de la SA/DVA pour l'exercice 1995-1996

Élément de programme	Budget de fonct. (en milliers de dollars)	Budget de subventions/ contrib. (en milliers de dollars)	Budget total (en milliers de dollars)	Proportion du budget total
Nouveau Horizons : Partenaires des aînés	3 240 $	18 000 $	21 240 $	64,1 %
Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s	510 $	4 345 $	4 855 $	14,7 %
Coordination et soutien de la politique auprès du Ministre	6 673 $	—	6 673 $	20,1 %
Conseil consultatif national sur le troisième âge	350 $	-	350 $	1,1 %
Total de tous les éléments de programme	10 773 $	22 345 $	33 118 $	100 %

1.2 La Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés

La principale responsabilité de la Division du vieillissement et des aînés consiste à mettre en oeuvre la Stratégie à l'égard des aînés, grâce non seulement à ses propres opérations mais aussi aux activités de ses partenaires, soit les bureaux régionaux de la DGPPS, la Division de la recherche extra-muros, le Conseil consultatif national sur le troisième âge et la Division de l'économie de la santé et de l'analyse des systèmes.

(a) Les objectifs

Avant le regroupement des divers éléments de la Stratégie à l'égard des aînés en une seule organisation, chacun des éléments avait ses propres objectifs. Depuis, ces objectifs ont été revus et réinterprétés à la lumière des orientations stratégiques adoptées par la DVA et sont maintenant intégrés aux orientations stratégiques à long terme de la Division. Tant les objectifs que les orientations stratégiques à long terme ont été élaborés et appliqués en 1994. Les orientations stratégiques à long terme sont les suivantes (Santé Canada, 1995d, p. 8) :

- *améliorer et préserver la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés au Canada;*
- *amener la société à mieux comprendre et à mieux accepter le vieillissement et les aînés;*
- *éliminer les obstacles à l'engagement et à la participation des aînés dans la société.*

Afin d'effectuer efficacement cette évaluation, il a fallu définir de façon opérationnelle quelques-uns des concepts clés que recoupent les objectifs visés. Voici les définitions utilisées dans le cadre de la présente recherche (particulièrement pour l'examen des dossiers) :

- ***Santé et bien-être***. On considérait qu'un projet touchait à la santé et au bien-être si ses activités, par exemple, visaient les personnes âgées atteintes de maladies chroniques, d'une incapacité physique ou mentale ou encore les aînés isolés sur le plan social ou en piètre santé. Ainsi, un programme de livraison de repas à domicile, où l'on évite que les personnes âgées ne se nourrissent que de pain et de thé en leur fournissant des repas nutritifs, serait considéré comme un projet touchant à la santé et au bien-être.

- ***Autonomie***.[5] Définir l'autonomie en faisant abstraction de la santé et du bien-être représente un défi, puisque les trois concepts sont inextricablement liés. Pendant la phase de conception de l'évaluation, la DVA a fortement découragé l'utilisation d'une définition ne tenant pas compte de la santé et du bien-être. Nous avons toutefois cru qu'il fallait tenter de définir l'autonomie pour pouvoir examiner les différences entres les divers projets subventionnés. Puisque nous voulions isoler le concept d'autonomie, nous devions le définir. Nous avons demandé à la Division du vieillissement et des aînés de nous fournir une définition de l'autonomie, mais comme la Division ne traite pas séparément ces trois concepts, elle se jugeait incapable d'accéder à notre requête.

  Il n'existe aucune définition simple de l'autonomie dans le cas des aînés. Selon le Cadre conceptuel des Programmes communautaires des aînés (Santé Canada, 1993), l'autonomie constitue un processus dynamique qui suppose un équilibre entre l'autosuffisance, l'interdépendance et le soutien d'autrui. L'autonomie suppose aussi le droit de l'aîné de faire ses propres choix et de les assumer, de même que le droit de participer aux prises de décision le touchant personnellement. Selon un autre rapport, l'autonomie des aînés repose sur la capacité : de subvenir à ses besoins, y compris de toucher un revenu suffisant, d'obtenir des soins de santé et d'avoir un logement; de travailler ou d'exercer des activités rémunératrices; d'avoir accès en temps opportun à des services de soutien communautaires; d'avoir accès à des programmes d'éducation et de formation; de participer à des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies (Cambium Consulting, 1991). Il n'est pas toujours facile d'exprimer de façon opérationnelle tous les aspects de ces définitions ou de ces exigences. Nous jugions toutefois qu'il convenait d'établir une définition pour veiller à ce que le concept soit traité de la même façon par les analystes.

  Il a finalement été établi qu'on considérerait qu'un projet touchait à l'autonomie des aînés si les activités visaient à permettre aux personnes âgées de continuer à vivre au sein de leur collectivité non seulement en organisant, par exemple, des services et des activités, mais également en offrant des moyens d'y participer (comme le transport). Cette définition n'offrait aux analystes qu'une indication. Il fallait aussi tenir compte du fait que le mot « autonomie » signifie le contraire de « dépendance ». Par conséquent, les projets dont les activités visaient clairement à réduire la dépendance des aînés ont également été considérés comme des projets

5. Il convient de noter que la Division juge très étroite la définition de l'autonomie qui a été utilisée. Elle estime que cette définition ne comprend pas la capacité de vivre seul et, par conséquent, ne permet pas de recueillir des données sur les personnes autonomes qui vivent dans des foyers de soins infirmiers ou en établissement. De l'utilisation de cette définition pourraient découler certains résultats (concluant notamment que certains projets communautaires ne visaient pas l'autonomie des participants) dont la validité serait contestée.

touchant à l'autonomie. Par exemple, un projet où des bénévoles aident les aînés à faire leur épicerie vise l'autonomie non seulement parce qu'il diminue la dépendance des personnes âgées envers leurs parents ou leurs amis, mais aussi parce qu'il permet aux aînés d'acheter les produits qu'ils désirent.

Enfin, les projets dont les organisateurs décrivaient clairement *comment* ils abordaient la question de l'autonomie des aînés étaient considérés comme des projets touchant à l'autonomie. Étant donné que, dans le cadre de la collecte des données, la question portant sur l'autonomie, de même que les questions sur la santé, le bien-être et l'élimination des obstacles étaient des questions ouvertes et exigeaient plus qu'un simple oui ou non, il fallait déterminer *comment* le projet abordait la question de l'autonomie. Avant de passer à la question suivante, les analystes devaient donc pouvoir expliquer comment un projet abordait cette question.

Les projets qui visaient la santé et le bien-être dans le but d'accroître l'autonomie des aînés étaient consignés de l'une de deux façons. On pouvait considérer que le projet abordait les questions de la santé et du bien-être de même que l'autonomie ou encore mentionner la santé et le bien-être comme facteurs importants dans la façon dont le projet visait l'autonomie des aînés.

- ***Projets innovateurs.*** Pour être considérés comme des projets innovateurs, les projets devaient satisfaire à l'un des critères suivants :

  - reposer sur une approche nouvelle;
  - aborder une nouvelle question;
  - viser des groupes d'aînés différents;
  - être organisés dans un milieu différent (p. ex., rural/urbain);
  - réunir des intervenants différents;
  - élargir les connaissances et les synthétiser.

(b) Les sous-objectifs

En plus des orientations stratégiques à long terme, la Division s'est également fixé cinq objectifs à court terme et des sous-objectifs, qui sont conformes à ceux de la Stratégie et qui pourront être atteints pendant la période actuellement en cours de la Stratégie. Ces objectifs sont les suivants :

- favoriser l'acquisition et le rassemblement de connaissances sur les problèmes du vieillissement et des aînés et partager ces connaissances avec les autres ministères fédéraux, les provinces et les intervenants;

- encadrer l'élaboration de programmes, de politiques et de services qui sont innovateurs et efficaces et qui répondent aux besoins des aînés et de la population vieillissante, y compris fournir des conseils sur les programmes et politiques des intervenants à l'extérieur de la fonction publique fédérale (comme les associations professionnelles);

- promouvoir une description positive et réaliste des aînés dans toutes les activités, les communications et les initiatives éducatives de la Division;

- fournir aux aînés les renseignements dont ils ont besoin pour faire des choix informés concernant leur santé, leur autonomie et leur bien-être et leur donner l'occasion de le faire;

- fournir au Conseil consultatif national sur le troisième âge le soutien dont il a besoin pour remplir son mandat.

(c) Les éléments de programme

La Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés comprend quatre éléments de programme : le financement des programmes communautaires des aînés, le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s, la coordination et le soutien de la politique auprès du Ministre et le soutien accordé au Conseil consultatif national sur le troisième âge. Bien que chacun de ces éléments ait ses propres objectifs, les mesures prises pour atteindre ces objectifs contribuent à la réalisation globale des objectifs de la Division du vieillissement et des aînés et de la Stratégie à l'égard des aînés. Chacun des éléments de programme est décrit en détail ci-après.

Le financement des programmes communautaires des aînés

C'est dans cet élément de programme qu'ont été regroupés les programmes de financement des contributions (c.-à-d. Nouveaux Horizons, Programme d'autonomie des aîné(e)s, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés) dans les divers modes de financement des programmes communautaires des deux versions de la Stratégie (1988 et 1993). Comme nous l'avons déjà signalé, Nouveaux Horizons, le Programme d'autonomie des aîné(e)s et Alliances pour l'autonomie ont été fusionnés en une seule entité appelée Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés en avril 1995. L'exécution des programmes communautaires des aînés relève de l'administration centrale de la DVA et des bureaux régionaux de la DGPPS. Voici une analyse de chacun de ces programmes.

Le programme Nouveaux Horizons

Le programme Nouveaux Horizons a été créé en 1972 en tant que programme expérimental (Santé nationale et Bien-être social, 1988). Devant la vieillissement de la population, on s'inquiétait de l'augmentation d'une part des coûts associés aux soins en établissement et d'autre part de la demande en matière de services fournis par les Canadiens à la retraite et de services offerts à ces Canadiens. On reconnaissait en même temps qu'il existait un lien entre un mode de vie actif et enrichissant et la préservation de la santé et du bien-être. À l'origine, le Programme visait à offrir des possibilités aux aînés qui se sentaient isolés et seuls afin qu'ils puissent s'entraider et aider leur collectivité en participant à des activités sociales. En juillet 1972, l'objectif initial du Programme était le suivant (Santé nationale et Bien-être social, 1988, p. 1-2) :

> *permettre aux personnes à la retraite de participer à des projets qui les amèneront à s'adonner à des activités significatives et qui seront profitables également à la collectivité et à d'autres personnes.*

Presque immédiatement, on a commencé à remanier et à modifier le Programme. En décembre 1972, on modifiait l'objectif pour mettre l'accent sur le financement des *groupes* d'aînés canadiens (Santé nationale et Bien-être social, 1988, p. 1-2) :

> *permettre aux groupes de personnes à la retraite de participer à des activités qui les aideront à surmonter les tendances à l'isolement social des Canadiens à la retraite et qui seront profitables pour eux, pour d'autres Canadiens et pour leur collectivité.*

Il ne s'agissait pas toutefois de la dernière modification que subirait l'objectif du Programme Nouveaux Horizons. L'objectif a de nouveau été révisé en 1975, cette fois-ci dans le but d'insister sur la sélection, la planification et l'exécution des projets Nouveaux Horizons par les aînés eux-mêmes (Santé nationale et Bien-être social, 1988, p. 1-3) :

> *offrir aux Canadiens à la retraite des occasions intéressantes de planifier et d'organiser des activités significatives de leur choix, qui seront profitables pour eux et pour leur collectivité, et d'y participer.*

En fonction de cet objectif, un certain nombre de principes directeurs ont été élaborés en vue de la gestion du Programme :

1. Même si les aînés à la retraite sont responsables de la sélection et de l'organisation des activités, des personnes plus jeunes peuvent y participer.
2. Comme les aînés sont à la retraite de façon permanente, ils ne touchent pas de rémunération.
3. Comme le Programme vise à encourager les activités de groupe, seulement les groupes de dix personnes ou plus sont admissibles au financement.

4. Pour favoriser l'autosuffisance, les groupes ne reçoivent du financement que pour une période limitée.

5. Toutes les régions sont admissibles au financement pendant toute l'année.

6. Les ressources le permettant, les groupes pourront obtenir des conseils et de l'aide du personnel en ce qui concerne la planification et l'organisation de leurs activités.

7. Les groupes doivent faire rapport de l'utilisation des fonds reçus.

8. Les provinces ont l'occasion d'exprimer leur point de vue sur les projets organisés dans leur province pour lesquels des subventions sont recommandées.

9. Les organismes comptant des employés salariés ne sont pas admissibles au financement.

Toutes les demandes de financement étaient évaluées en fonction des critères d'admissibilité. Les genres d'activités généralement subventionnées par le programme Nouveaux Horizons englobaient : les sports et le conditionnement physique (p. ex., les boules sur pelouse dans les années 1970 et 1980 et le tai chi dans les années 1990), les arts plastiques et l'artisanat; les arts du spectacle; l'histoire; les communications; l'éducation; la prestation de services; la recherche et le développement organisationnels. Les compressions budgétaires imposées en 1987-1988 associées aux pressions exercées par le Comité sénatorial, qui réclamait plus de projets axés sur les services, ont mené à l'établissement de priorités en matière de financement régional, devant être révisés tous les ans, et à l'approbation d'un nombre accru de projets axés sur les services (Santé nationale et Bien-être social, 1988). En 1991-1992 se sont ajoutées de nouvelles priorités nationales de nature complémentaire qui correspondaient aux questions prioritaires déterminées par le ministre d'État pour le Troisième âge.

Les projets pouvaient être subventionnés pendant 18 mois, même si le financement pouvait être renouvelé pour une autre période de 18 mois. En général, les projets étaient financés pendant plus de 18 mois. Comme nous l'avons déjà signalé, on limitait la durée du financement pour encourager les projets à s'autofinancer. Les projets subventionnés étaient

surveillés et les groupes pouvaient, au besoin, consulter le personnel sur le terrain. Pour fins d'évaluation, des données sur les projets étaient recueillies et analysées.

Les résultats du programme Nouveaux Horizons incluaient les suivants:

- le grand public, les organisations d'aînés et les autres ministères et organismes fédéraux ont obtenu des renseignements sur le Programme;
- des projets axés tant sur les activités que sur les services, organisés dans toutes les régions du Canada, ont présenté des demandes de financement;
- des projets ont été financés;
- des aînés ont participé au Programme;
- le programme a fait l'objet d'évaluations et de rapports.

Dans le cadre du programme Nouveaux Horizons, la principale exigence en matière de déclaration consistait en un rapport d'activité et de comptabilité. Des rapports finals étaient également soumis et, ces dernières années, des rapports d'évaluation ont été exigés.

Le 1er avril 1995, le programme Nouveaux Horizons de même que le Programme d'autonomie des aîné(e)s et Alliances pour l'autonomie ont fusionné et sont devenus Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette fusion a mené à une réorientation du Programme (p. ex., à un remaniement des objectifs) ainsi qu'à des changements au niveau des procédures opérationnelles (p. ex., à l'établissement des priorités, à la présentation des demandes et au processus d'examen et d'approbation).

Depuis sa création en 1972, le programme Nouveaux Horizons a subventionné 38 935 projets, pour un grand total de 256 562 770 $. La subvention moyenne accordée aux projets depuis la création du Programme s'élève à 6 598 $. Au cours des 22 premières années du Programme, 5 594 507 personnes auraient participé à des projets subventionnés par

Nouveaux Horizons. Au tableau 1.2, ces données sont réparties selon les années. L'examen des dossiers effectué dans le cadre de la présente évaluation a permis d'établir que les projets financés ont duré, en moyenne, 17,5 mois.

Le Programme d'autonomie des aîné(e)s

Le Programme d'autonomie des aîné(e)s (PAA) a été créé en avril 1988 dans le cadre de l'initiative quinquennale à l'égard des aînés. Ce programme était géré conjointement par le Direction générale des programmes de service social et la Direction générale des services et de la promotion de la santé. Son objectif, tel que décrit dans le *Cadre conceptuel* (Santé nationale et Bien-être social, 1990, p. 3) et confirmé au mois de décembre 1990, était le suivant :

> *soutenir les actions des aînés, agissant par eux-mêmes et en collaboration avec d'autres personnes, en vue d'accroître leur autonomie et leur qualité de vie.*

TABLEAU 1.2
Programme Nouveaux Horizons, Tableau financier, Rapport sommaire, de 1972 à 1995

Exerc. fin.	Budget	Projets	Participants	Approuvé	Dépenses
1972-1973	6 150 000 $	493	73 500	3 387 631 $	2 145 144 $
1973-1974	8 566 000	1 614	386 634	8 655 656	8 625 427
1974-1975	8 566 000	1 549	289 858	8 429 206	8 554 720
1975-1976	11 338 000	1 836	207 656	11 455 992	11 338 188
1976-1977	11 116 000	1 754	155 797	10 972 900	11 113 147
1977-1978	12 216,000	1 841	203 638	12 700 071	12 210 629
1978-1979	10 966 000	1 833	193 287	11 125 841	10 965 999
1979-1980	10 466 000	1 896	237 980	10 260 653	10 466 001
1980-1981	11 788 000	1 933	316 388	12 592 212	11 787 949
1981-1982	12 384 000	1 890	290 337	12 342 903	12 381 307
1982-1983	12 734 000	2 031	286 645	12 914 685	12 733 794
1983-1984	12 734 000	1 999	284 850	13 099 013	12 732 528
1984-1985	13 371 000	2 145	256 446	13 328 585	13 371 000
1985-1986	13 371 000	1 903	215 962	11 888 896	12 133 536
1986-1987	10 000 000	2 029	219 771	9 455 988	9 982 587
1987-1988	8 650 000	1 852	203 318	8 771 450	8 742 395
1988-1989	11 700 000	1 862	248 463	13 951 038	11 996 881
1989-1990	15 000 000	2 081	274 261	16 231 834	16 267 300
1990-1991	15 000 000	1 888	251 833	14 118 354	15 293 012
1991-1992	15 000 000	1 631	248 287	13 562 315	13 652 011
1992-1993	15 000 000	1 543	516 555	14 292 295	14 138 763
1993-1994	13 500 000	1 169	233 041	11 701 114	11 711 001
1994-1995	4 583 876	163	S/O	3 751 079	4 219 451
Total	264 199 876	38 935	5 594 507	258 989 711	256 562 770

Source : Division du vieillissement et des aînés.

- Budget : budget accordé au programme pour un exercice financier donné, le montant traduisant toute hausse ou baisse de l'enveloppe budgétaire pour l'exercice en question;
- Projets : nombre de (nouveaux) projets approuvés par le Programme au cours d'un exercice financier donné;
- Participants : estimation du nombre de participants pour tous les (nouveaux) projets approuvés par le Programme pendant un exercice financier donné — comme il s'agissait de renseignements a priori, ces données n'ont plus été recueillies après 1993-1994;
- Approuvé : montant de la contribution totale que réserve le programme au financement des (nouveaux) projets approuvés par le Programme pour un exercice financier donné; ce montant doit être dépensé au cours de l'exercice en question et des deux ou trois exercices qui suivent;
- Dépenses : contribution totale accordée par le Programme à l'ensemble des projets subventionnés pendant un exercice financier donné; ce montant doit servir à financer les (nouveaux) projets approuvés pendant cet exercice ainsi que les projets approuvés antérieurement qui continuent de recevoir des subventions.

L'autonomie suppose le droit de faire ses propres choix et de participer au processus décisionnel. La qualité de vie englobe le droit de faire ses propres choix et d'agir comme on l'entend. Elle vise le bien-être matériel, physique, mental et spirituel, qui repose sur la dignité, l'estime de soi et le sentiment d'être valorisé par les autres.

Les objectifs du Programme, tels que décrits dans le *Guide des requérants* (Santé nationale et Bien-être social, document non daté), sont les suivants :

- inciter les aînés à s'engager dans la planification et la réalisation de projets qui influent sur leur qualité de vie et leur autonomie;
- encourager les aînés à prendre leur vie en main, à s'entraider, et les appuyer dans leurs efforts;
- promouvoir le développement de ressources pour les aînés en matière de santé, d'éducation et de bien-être social et voir à ce qu'elles leur soient accessibles.

Ce programme se fonde sur six principes directeurs (Santé nationale et Bien-être social, 1990) :

1. favoriser l'engagement des aînés dans les décisions qui les concernent;
2. accorder la priorité aux aînés les moins favorisés;
3. mettre en évidence l'importance de la participation de la collectivité au moyen de projets de développement communautaire et de l'action communautaire;
4. définir l'autonomie et la qualité de vie dans une perspective de développement personnel et social;
5. collaborer au changement social;
6. promouvoir le développement personnel et l'apprentissage continu.

Des projets tant nationaux que régionaux pouvaient être financés dans le cadre du PAA. Pour que le projet soit financé, il fallait toutefois que les aînés participent au processus décisionnel. Il y avait deux grandes priorités en matière de financement :

1. Les aînés les moins favorisés - les femmes âgées, les aînés vivant dans des régions rurales ou éloignées et les aînés défavorisés. Contrairement au programme Nouveaux Horizons, le PAA pouvait financer des agencesou des organisations oeuvrant auprès des personnes âgées et non seulement les groupes d'aînés.

2. Les projets axés sur le développement communautaire permettant aux aînés de définir eux-mêmes leurs propres besoins.

Les principales activités du PAA étaient les suivantes :

- Financer des projets de durée limitée. Tout comme le programme Nouveaux Horizons, le PAA ne finançait pas de projets au-delà de trois ans, même s'il accordait des subventions généralement plus élevées pour des périodes plus longues.

- Consulter les ministères et organismes gouvernementaux et les ONG et collaborer avec eux pour coordonner les plans, les activités et les programmes.

- Fournir des renseignements, des conseils et de l'aide spécialisée.

- Rassembler, analyser et diffuser des renseignements sur les activités du PAA et les résultats obtenus.

- Organiser des activités spéciales.

Selon le *Cadre conceptuel* (Santé nationale et Bien-être social, 1990), le Programme cherchait à obtenir six résultats :

- accroître le pouvoir et l'engagement des aînés;
- mettre en évidence les besoins des aînés les moins favorisés;
- favoriser la reconnaissance du rôle des aînés par la société;
- accroître le partenariat et la collaboration;
- aider au développement des connaissances et des aptitudes des aînés;
- modifier les attitudes de la société à l'égard des aînés.

À l'origine, à la fin de chaque projet du PAA, les parrains du projet devait soumettre un rapport final. Plus tard, ils ont été priés de remettre un questionnaire sur les répercussions du PAA et un rapport d'évaluation.

Le tableau 1.3 fournit des données sur le nombre de projets et de participants et sur le montant des subventions accordées et versées, selon l'année. En tout, 78 234 845 $ ont été versés à 679 projets. Les projets financés par le PAA duraient en moyenne 23,4 mois et obtenaient des subventions moyennes de 130 955 $.

TABLEAU 1.3
Programme d'autonomie des aîné(e)s
Tableau financier, Rapport sommaire
de 1988 à 1995

Exerc. fin.	Budget	Projets	Approuvé	Dépenses
1988-1989	16 000 000 $	78	11 724 998 $	2 574 999 $
1989-1990	20 000 000	251	33 041 929	13 542 387
1990-1991	16 707 600	77	8 610 811	16 668 985
1991-1992	15 383 000	38	6 004 089	14 856 913
1992-1993	13 000 000	67	6 004 727	12 762 109
1993-1994	12 750 000	123	14 445 786	8 270 817
1994-1995	10 124 146	45	5 811 255	9 558 635
Total	103 964 746	679	85 643 595	78 234 845

Source : Division du vieillissement et des aînés.

Notes : Voir les notes du tableau 1.2.

Le programme Alliances pour l'autonomie

Le programme Alliances pour l'autonomie, créé en avril 1993 lorsque la Stratégie à l'égard des aînés a été reconduite pour une deuxième période quinquennale (Santé Canada, 1995d, p. 5), avait comme objectif :

> *inciter les aînés à établir de nouveaux partenariats avec l'industrie, le monde du travail et d'autres paliers de gouvernement pour aborder les questions du vieillissement et de l'autonomie.*

Les résultats du programme incluaient les suivants :

- création de partenariats avec les secteurs privé et public;
- participation des aînés;
- financement de projets;
- présentation de rapports et d'évaluations.

Ce programme, tout comme Nouveaux Horizons et le PAA, est devenu partie intégrante de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés en 1995.

À la fin des projets, les organisateurs devaient remplir un questionnaire sur les répercussions et déposer un rapport final. Certains ont aussi fourni des rapports d'évaluation.

En tout, 29 projets ont été financés par Alliances pour l'autonomie. Même si 3 591 978 $ ont été accordés au Programme, seulement 2 158 307 $ ont été dépensés. Le tableau 1.4 contient des données sur les projets et les ressources financières, selon l'année. Depuis la création du Programme, les projets financés ont duré en moyenne 23,2 mois et reçu des subventions moyennes de 130 832 $.

TABLEAU 1.4
Alliances pour l'autonomie
Tableau financier, Rapport sommaire
de 1993 à 1995

Exerc. fin.	Budget	Projets	Approuvé	Dépenses
1993-1994	2 000 000 $	16	2 318 771 $	933 527 $
1994-1995	1 591 978	13	1 634 999	1 224 780
Total	3 591 978	29	3 953 770	2 158 307

Source : Division du vieillissement et des aînés.

Notes : Voir les notes au tableau 1.2.

Le programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés

Le 1er avril 1995, le programme Nouveaux Horizons, le Programme d'autonomie des aîné(e)s et Alliances pour l'autonomie des aînés ont été fusionnés pour former le programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés (NHPA). Depuis cette fusion, l'objectif de ces programmes consiste à financer les programmes à l'intention des aînés les plus vulnérables, même s'il ne faut pas oublier que le PAA cherchait déjà à aider les personnes âgées les moins favorisées.

Le but du Programme, tel que décrit dans le *Cadre conceptuel* (Santé Canada, 1995a, p. 4), est le suivant :

> *favoriser chez les aînés et leurs partenaires des actions visant à améliorer la santé des aînés en situation de risque, à contribuer à leur bien-être et à accroître leur autonomie ou prévenir ces situations de risque.*

Ce but peut se diviser en trois grands objectifs :

- répondre aux besoins des aînés à risque ou prévenir les situations qui mettent les aînés en danger (c'est l'objectif principal du Programme, vers lequel tous les projets doivent être orientés);
- rechercher des approches et des solutions innovatrices et évaluer les projets et diffuser les résultats;
- encourager la création de nouveaux partenariats entre les aînés et les diverses instances qui s'intéressent aux aînés et aux défis d'une société vieillissante.

Les principes sous-tendant ce programme sont les suivants :

- ***Contribution des aînés.*** L'expérience des aînés et leur compréhension des problèmes qu'affrontent leurs pairs, en particulier ceux qui vivent dans des conditions de risque, rendent leur contribution à la société très importante. Leur participation à la réalisation des objectifs du Programme est inestimable.
- ***Réduction des inégalités.*** En répondant aux besoins des aînés à risque ou en prévenant ces situations, le Programme vise à réduire les inégalités dont sont victimes les aînés dont la santé, le bien-être et l'autonomie sont menacés dans de telles situations.
- ***Participation des groupes cibles.*** Comme les aînés à risque sont les plus susceptibles à déterminer leurs besoins et les façons d'y répondre, il convient de les faire participer activement au Programme.
- ***Innovations, acquisition et partage des connaissances.*** Il faut trouver des approches innovatrices pour relever les défis que représente le vieillissement de la population canadienne. Il est crucial aussi de partager les leçons tirées des divers projets mis sur pied dans le cadre du Programme.
- ***Collaboration.*** On ne peut aspirer à une société vieillissante en santé en comptant sur le travail d'un seul groupe. Le Programme tient compte du fait que, pour maximiser les répercussions sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés à risque, il faudra créer des partenariats entre les aînés, le gouvernement, les ONG, les entreprises et les milieux syndicaux.

Les priorités en matière de financement pour le programme NHPA sont établies à l'échelle nationale et régionale en consultation avec les aînés, les groupes et les organisations communautaires et des représentants du gouvernement (Santé Canada, document non daté). Ce processus permet aux intervenants de peaufiner la définition des conditions de risque qu'utilise le Programme (Santé Canada, 1995g). Grâce à ces priorités, le Programme peut veiller à ce que le financement soit accordé aux domaines qui auront le plus de répercussions. Même si les priorités varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, trois considérations communes ressortent clairement : les aînés physiquement ou socialement isolés; la prestation de soins par des aidants informels et les besoins de ces derniers; les mauvais traitements et la négligence dont sont victimes les aînés.

Les principales activités de ce programme, telles que décrites dans le *Cadre conceptuel* (Santé Canada, 1995a), sont les suivantes :

- financer des projets communautaires et nationaux visant les aînés à risque;
- faire appel aux intervenants pour l'élaboration des stratégies du programme et, notamment, pour l'établissement des priorités aux niveaux national et régional;
- rassembler des données, des produits et des modèles obtenus dans le cadre des activités du Programme, et en faire la synthèse, l'évaluation, la compilation et la diffusion;
- établir des partenariats entre les aînés et les autres groupes intéressés dans la recherche de solutions aux problèmes auxquels sont confrontés les aînés;
- donner des avis et des conseils d'expert sur des questions relatives au vieillissement.

Sans se limiter à ces objectifs, le programme NHPA cherche à atteindre les résultats suivants :

- un apport à une meilleure santé, un plus grand bien-être et une plus grande autonomie chez les aînés à risque;

- des possibilités nouvelles d'engagement et de participation pour les aînés à risque;
- l'acquisition de connaissances et de compétences par les aînés à risque, permettant à ceux-ci d'exercer plus de contrôle sur leur vie;
- une augmentation de l'efficacité et du nombre des ressources communautaires, des programmes et des stratégies destinés à répondre aux besoins des aînés à risque;
- une meilleure connaissance et reconnaissance chez le grand public des problèmes touchant les aînés;
- de nouvelles solutions pour répondre aux besoins des aînés à risque;
- une meilleure connaissance et une plus grande compréhension des problèmes touchant les aînés, et la mise en oeuvre de stratégies efficaces pour leur venir en aide;
- la mise à profit des connaissances acquises par les activités du Programme pour l'élaboration de politiques sociales et de politiques en matière de santé, pour la conception de programmes et pour la prestation de divers services;
- la création et le renforcement des partenariats et de réseaux à l'appui des aînés à risque;
- une plus grande contribution et une participation accrue des intervenants à l'élaboration des politiques et des stratégies;
- l'affectation par les partenaires de ressources plus importantes pour répondre aux besoins des aînés à risque;
- une plus grande reconnaissance de la contribution que peuvent apporter les aînés et du rôle important que peuvent jouer ces personnes en tant que membres à part entière de la société.

Pour satisfaire aux exigences en matière de rapports du programme NHPA, il fallait remettre un rapport final et une évaluation.

Le tableau 1.5 renferme des données financières et indique le nombre de projets financés dans le cadre du programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés. Comme le montre le tableau, en 1995-1996, 10 885 905 $ ont été versés à 143 projets. Les subventions

accordées aux projets approuvés en 1995-1996 s'élevaient en moyenne à 47 854 $. Ces projets duraient en moyenne 14 mois. Il convient de noter que, même si selon les *Modalités du financement du programme Nouveaux Horizons* (Santé Canada, 1994d), la durée maximale des projets était généralement de trois ans, le *Guide des requérants* (Santé Canada, document non daté) mentionne que la période de financement ne dépasse pas normalement 24 mois.

TABLEAU 1.5
Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés
Tableau financier, Rapport sommaire
de 1995 à 1996

Exerc. fin.	Budget	Projets	Approuvé	Dépenses
1995-1996	15 237 000 $	143	6 567 823 $	10 885 905 $
Total	15 237 000 $	143	6 567 823 $	10 885 905 $

Source : Division du vieillissement et des aînés.

Notes : Voir les notes au tableau 1.2.

Après le regroupement de Nouveaux Horizons, du PAA et des Alliances en un seul programme, NHPA, les trois programmes ont cessé d'exister même si certains projets se poursuivaient. Par conséquent, ces engagements sont financés à même le budget de NHPA. Cela comprend :

- 1 474 824 $ versés à des projets de NH en 1995-1996, 872 170 $ prévus pour des projets de NH en 1996-1997 et 7 000 $ réservés à des projets de NH pour 1997-1998, pour un total de 258 909 765 $ dépensés ou réservés pour des projets de NH approuvés entre 1972-1973 et 1994-1995;
- 6 546 056 $ versés à des projets du PAA en 1995-1996; 4 057 299 $ prévus pour des projets du PAA en 1996-1997 et 81 019 $ réservés à des projets du PAA pour 1997-1998, pour un total de 88 919 149 $ dépensés ou réservés pour des projets du PAA approuvés entre 1988-1989 et 1994-1995;

- 821 897 $ versés à des projets d'Alliances en 1995-1996; 706 756 $ prévus pour des projets d'Alliances en 1996-1997 et 107 162 $ réservés à des projets d'Alliances pour 1997-1998, pour un total de 3 794 122 $ dépenses ou réservés pour des projets d'Alliances approuvés en 1993-1994 et en 1994-1995;

- par contre, les projets de NHPA n'ont coûté que 2 007 002 $ au budget de NHPA pour 1995-1996 et ne devraient absorber que 11 332 124 $ du budget pour 1996-1997.

Le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s

Le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s a été établi dans le cadre de la première initiative quinquennale à l'égard des aînés annoncée en février 1988 (Santé Canada, 1996b). Bien que le Programme soit coordonné par la Division du vieillissement et des aînés, l'administration de ses contributions relève du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS). L'objectif du Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s (Santé Canada, 1996b, p. 1) consiste à :

> *consolider la recherche à l'échelon national, dans un contexte d'équilibre entre les domaines sociaux, économiques et de santé qui ont des effets sur l'autonomie des aînés d'aujourd'hui et de demain.*

Le programme a, comme but sous-jacent, d'encourager et de promouvoir la création de partenariats non seulement avec les chercheurs, mais également entre les chercheurs et certains groupes, comme les aînés, les entreprises, les organismes non gouvernementaux, les organismes de bénévoles, les représentants des services sociaux et des services de santé ainsi que les conseillers en politiques gouvernementales et les décideurs.

Les priorités actuelles du PRAA sont les suivantes (Santé Canada, 1995h) :

- encourager la recherche multidisciplinaire menant à la compilation de données pratiques et pertinentes;
- axer la recherche sur les principaux facteurs sociaux, économiques et de santé qui influent sur l'autonomie des aînés;
- continuer à étudier les formes de sénilité comme la maladie d'Alzheimer et poursuivre le développement de la recherche sur l'ostéoporose;
- analyser les données tirées des enquêtes importantes;
- diffuser les résultats des recherches effectuées au cours de la première et de la deuxième initiatives et leurs répercussions;
- surveiller les problèmes de santé des aînés et mettre au point des stratégies pour réduire leur incidence;
- renforcer la capacité de recherche du Canada dans le domaine social et de la santé.

Les activités du PRAA sont nombreuses et variées (Santé Canada, 1996b). Même si le Programme finance des travaux de recherche, il n'est pas uniquement un programme de financement. Comme le prouvent les activités énumérées ci-dessous, le Programme s'occupe également de surveillance, d'élaboration de politiques et de diffusion de données :

- organisation de concours spéciaux dans le cadre d'un programme de recherches appliquées sur les facteurs sociaux, économiques et de santé influant sur l'autonomie des aînés, répartis en quatre grands thèmes;
- organisation de concours spéciaux pour encourager et appuyer la recherche sur les aspects sociaux, économiques et sanitaires du vieillissement, y compris des services de soutien aux organismes afin de leur permettre de mener des recherches sur les problèmes sociaux et de santé au niveau communautaire qui influent sur l'autonomie des aînés;
- réalisation de suivis sur la première initiative, comme l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, un projet collaboratif auquel ont participé 18 centres représentant toutes les provinces, projet parrainé par le PNRDS, dont la première

phase a été coordonnée par l'Université d'Ottawa et le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada (LLCM) et la deuxième phase, par l'Université d'Ottawa et la SA/DVA;

- surveiller les maladies, évaluer les risques et lutter contre les maladies frappant les aînés;
- organiser des ateliers et des conférences sur les facteurs sociaux, économiques et et de santé influant sur l'autonomie des aînés d'aujourd'hui et de ceux de demain;
- mettre en oeuvre des stratégies efficaces pour diffuser des résultats des recherches.

Plusieurs groupes participent aux activités du PRAA. Le Conseil consultatif du PRAA, formé de chercheurs, de représentants des aînés et d'ONG, diffuse les résultats des recherches et offre des conseils sur l'orientation des priorités du PRAA. La Division de recherche extra-muros collabore, elle aussi, activement avec le Comité consultatif et est directement concernée par la gestion du PRAA. Des universités, des centres spécialisés sur le vieillissement et des décideurs provinciaux et territoriaux collaborent également aux activités du PRAA.

Les éléments du PRAA qui relèvent de la Division du vieillissement et des aînés sont chargés de la coordination du Programme et du soutien des activités du Comité consultatif du PRAA. Ils sont également responsables des activités de surveillance des maladies et d'évaluation des risques.

Des renseignements sur le nombre de projets entrepris entre 1991 et 1996 sont fournis au deuxième chapitre. Selon l'examen des dossiers sur les projets financés par le PRAA, les projets durent en moyenne 19 mois. Les subventions consenties aux projets examinés variaient entre 3 079 $ et 4 996 674 $, tandis que la moyenne des subventions était de 405 994 $. Le tableau 1.6 renferme des données financières. Comme le montre le tableau, les sommes dépensées entre 1988-1989 et 1995-1996 totalisaient 25 898 974 $.

TABLEAU 1.6
Budget et dépenses du PRAA du PNRDS

Budget	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996
Budget du PRAA/PNRDS	1 250 000 $	3 450 000 $	3 750 000 $	3 250 000 $	2 250 000 $	1 018 000 $	2 050 000 $	2 545 000 $
Autres sources de financement	-	-	-	-	-	620 000	1 600 000	1 800 000
SNBS*	-	-	-	-	-	-	89 000	399 200
SCA**								
Budget total du PRAA	1 250 000	3 450 000	3 750 000	3 250 000	2 250 000	1 638 000	3 739 000	4 744 200
Dépenses totales	1 227 474	1 760 988	4 506 194***	4 414 260***	2 136 214	1 725 859***	3 676 040	6 451 945***

Source : Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

* Sommes remises par la Division des subventions nationales au bien-être social (SNBS) lorsqu'elle est passée à Développement des ressources humaines Canada.

** Sommes versées par la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) (II) pour des concours spéciaux organisés conjointement par le PRAA et la SCA (programmes de recherches appliquées (PRA) (Tamblyn) et bourses aux chercheurs en milieu communautaire (Tjam, Embree, Montbriand, McGowan)).

*** Le dépassement de crédit est couvert par les fonds non utilisés du Ministère.

La coordination et le soutien de la politique auprès du Ministre

L'élément « coordination et soutien de la politique auprès du Ministre » a été créé dans le cadre de la première Stratégie à l'égard des aînés en 1988, grâce à l'établissement du Secrétariat du troisième âge (Santé Canada, 1995c). Auparavant (soit de 1980 jusqu'à la fin des années 1980), c'est le Bureau du troisième âge de Santé Canada qui servait de point de contact pour toutes les questions de politique concernant le vieillissement. De plus, le soutien auprès du Ministre était offert par la Stratégie à l'égard des aînés, grâce à des crédits accordés à la Division de l'économie de la santé et de l'analyse des systèmes (DGPC). Ces fonctions ont été maintenues lorsque la Stratégie à l'égard des aînés a été reconduite en 1993. Cet élément de programme a les responsabilités suivantes (Santé Canada, 1995d, p. 12) :

> *fournir des compétences spécialisées et un leadership sur les questions liées aux aînés et au vieillissement, coordonner les initiatives de Santé Canada et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à cet effet et offrir des services d'éducation et d'information au public.*

À cette fin, l'élément de la coordination et du soutien de la politique s'acquittent des fonctions suivantes :

- conseiller le ministre de la Santé ainsi que les ministères fédéraux concernant les besoins, les priorités et les programmes liés au vieillissement et aux aînés;
- apporter un soutien au ministre de la Santé et aux ministres provinciaux et territoriaux responsables des aînés;
- coordonner et gérer les activités de Santé Canada visant les aînés, y compris la Stratégie à l'égard des aînés;
- coordonner les activités du gouvernement fédéral visant les aînés;

- élaborer et coordonner des politiques fédérales sur le vieillissement;
- coordonner des initiatives interministérielles et intergouvernementales conjointes;
- fournir à la population des services d'éducation et d'information au moyen de campagnes d'éducation publique et de services d'information et de communication.

Cet élément de programme s'occupe aussi du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés (CIQA). Ce comité a été créé en 1994 à la demande de ce qui était à l'époque la Direction des aînés et de la haute direction de l'ancienne Direction générale des services et des programmes de santé. Le Comité est formé des sous-ministres adjoints ou de leurs délégués représentant les ministères et organismes fédéraux qui s'intéressent aux questions des aînés (p. ex., Transports Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logements, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Industrie Canada, le ministère des Anciens combattants). Les membres du Comité se réunissent tous les trimestres et remplissent les fonctions suivantes :

- améliorer le partage de renseignements sur les recherches et les politiques ministérielles concernant les aînés et la population vieillissante;
- déterminer les nouvelles priorités et initiatives;
- déterminer et promouvoir les occasions favorisant la collaboration bilatérale et multilatérale;
- partager les résultats des initiatives innovatrices;
- fournir des renseignements utiles pour les rencontres fédérales-provinciales-territoriales des ministres responsables des aînés.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été fondé en 1980, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ayant reconnu la nécessité d'obtenir des conseils et des travaux de recherche indépendants sur les questions liées aux aînés et au vieillissement (Santé Canada, 1995d). Il s'agit d'un organisme consultatif indépendant qui n'a pas de liens directs avec Santé Canada. Des services de soutien à la recherche et au secrétariat sont offerts au Conseil par la DVA. Les fonds réservés au CCNTA que reçoit la SA/DVA doivent servir à financer les services de soutien que la DVA rend au CCNTA. Il convient de signaler à ce stade-ci que le CCNTA ne fait pas l'objet d'une évaluation dans le cadre de cette étude. Les activités du CCNTA ne sont examinées que dans le but de déterminer si le CCNTA a contribué à l'atteinte des objectifs de la SA/DVA.

Le Conseil peut compter jusqu'à 18 membres provenant de toutes les régions du Canada et de toutes les couches de la société[6]. Les membres sont nommés par décret pour un mandat de deux ou trois ans ne pouvant être renouvelé qu'une seule fois. La responsabilité première du Conseil consiste à :

> appuyer et conseiller le ministre de la Santé en ce qui concerne toutes les questions liées au vieillissement de la population canadienne et à la qualité de vie des aînés.

À cette fin, il fait des recommandations sur les priorités actuelles et ultérieures. Il entreprend aussi des activités tendant à renforcer sa fonction consultative, notamment en accomplissant les tâches suivantes :

6. À moins d'indication contraire, les renseignements sur le CCNTA sont tirés de diverses publications et brochures publiées par le CCNTA.

- examiner les besoins et les problèmes des aînés et recommander des mesures correctives en consultant des aînés et des spécialistes, en surveillant l'élaboration des politiques au Canada et à l'étranger, en effectuant des recherches documentaires et des analyses qualitatives et quantitatives et en choisissant les meilleures politiques et programmes possibles;

- entretenir des contacts avec des associations, des institutions et des groupes nationaux, provinciaux et locaux s'intéressant au vieillissement ou représentant les aînés;

- diffuser aux personnes et aux organisations intéressées des renseignements au moyen d'une liste de distribution, témoigner devant des comités parlementaires, offrir de la documentation au cours de congrès et répondre aux demandes de renseignements individuelles;

- publier des rapports, comme les séries *La position du CCNTA, Expression, Info-Âge, Vignettes, Écrits en gérontologie, Collection Forum, Les défis à relever*;

- susciter des discussions publiques sur le vieillissement en organisant des discussions de groupe et des ateliers, promouvoir des activités spéciales et des initiatives au moyen de communiqués, envoyer des articles aux journaux et aux revues professionnelles et collaborer avec les médias pour sensibiliser davantage la population aux questions touchant le vieillissement.

Les activités du CCNTA ont donné un certain nombre de résultats. Voici quelques-uns des résultats obtenus et des produits fournis par le Conseil depuis 1993 (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1996) :

- recommandation de mesures relatives à la vie des femmes, aux soins à long terme et à la consommation des médicaments, aux services de santé communautaires offerts aux aînés, à l'établissement de priorités en matière de soins de santé, à la technologie dans les domaines des soins de santé, au revenu et aux pensions de retraite et au Régime de pensions du Canada;

- analyse efficace des questions relatives aux aînés, grâce aux contacts réguliers entretenus par le CCNTA avec les aînés et les organisations s'intéressant aux aînés et à son étroite collaboration avec des milieux informés à l'échelle nationale, provinciale et locale;

- promotion d'une meilleure compréhension et discussion de questions telles que la fibrillation auriculaire, les problèmes des Autochtones âgés, les relations familiales et la consommation malavisée des médicaments;

- diffusion de renseignements au moyen de la publication de documents comme les séries *La position du CCNTA, Mémoires du CCNTA, Écrits en gérontologie, Collection Forum, Vignettes Vieillissement, Expression* et *Info-Âge*.

1.3 Les objectifs de l'évaluation

La méthodologie utilisée aux fins de la présente évaluation se fonde sur l'étude de plusieurs champs d'enquête qui, ensemble, contribuent à répondre à chacune des questions d'évaluation. Les données proviennent de diverses sources et ont été recueillies à l'aide des méthodes suivantes : la revue de la documentation et l'analyse des bases de données existantes; l'examen des dossiers des projets; des entrevues auprès de répondants importants; une enquête auprès des bénéficiaires visés; une enquête auprès des clients du grand public; le parrainage de trois questions d'une enquête nationale; la consultation d'experts. Ces méthodes sont décrites plus en détail au deuxième chapitre.

Les objectifs de l'évaluation ont été répartis en trois grands thèmes qui ont dicté l'élaboration de la méthodologie et l'orientation de l'évaluation dans son ensemble. Il s'agit : 1) de la pertinence continue de la SA/DVA en fonction des besoins actuels des aînés; 2) des répercussions du financement de la SA/DVA au cours des cinq dernières années, notamment sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés en général et, en particulier, sur les groupes d'aînés « à risque »; 3) des solutions de rechange à la SA/DVA.

Il est d'autant plus important de compter sur des données d'évaluation fiables et des méthodes rigoureuses, puisque le Vérificateur général a laissé entendre dans son rapport de 1995 que son bureau ferait un suivi de l'évaluation, dans le but de déterminer dans quelle

mesure l'évaluation avait apporté les preuves nécessaires à la prise de décisions stratégiques sur la poursuite, l'abandon ou le remodelage de la Stratégie à l'égard des aînés.

La pertinence du programme

Certaines des questions les plus stimulantes et intéressantes portent sur la raison d'être et la pertinence du programme. Parmi les questions clés : Selon les renseignements analysés, y a-t-il encore un besoin ou une demande pour le programme? Le programme est-il toujours pertinent?

Ces questions ont été réparties selon les grands champs d'activité touchant les aînés, en particulier les activités des gouvernements provinciaux et territoriaux et les activités parrainées et gérées par les administrations locales. Ainsi, la pertinence d'une activité ou d'un programme n'a pas été évaluée uniquement en fonction des répercussions perçues sur les clients, mais également selon la mesure dans laquelle l'activité ou le programme fait double emploi ou nuit à la réalisation d'autres programmes similaires.

Les réalisations du programme

Les questions concernant les réalisations du programme englobent ce que le Conseil du Trésor appelle la réalisation des objectifs. Ces questions traitent des répercussions visées et des effets attribuables au programme. La question clé est la suivante : dans quelle mesure le programme a-t-il atteint les objectifs visés? Il s'agit indubitablement de la question la plus importante — le programme est-il parvenu à atteindre les objectifs qu'il visait? Attribuer les résultats d'un programme aux activités du programme est l'une des fonctions les plus exigeantes dans le cadre d'une évaluation.

Dans l'analyse de la réalisation des objectifs de la SA/DVA, il convient de déterminer ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi, afin que le programme actuel puisse être justifié (si, évidemment, il fonctionne bien) et que des programmes ultérieurs du même genre puissent être améliorés.

Les solutions de rechange

Les questions d'évaluation portant sur la grande question des solutions de rechange sont très importantes en cette période d'austérité que nous traversons. L'analyse des questions sur les solutions de rechange à la SA/DVA ou à ses éléments doit viser à fournir des réponses fiables devant permettre aux concepteurs et administrateurs du programme de préserver les programmes et les activités les plus rentables, surtout dans les domaines où le gouvernement fédéral est le principal fournisseur de programmes à l'intention des aînés. Par ailleurs, l'évaluation doit aussi fournir des preuves concluantes pouvant servir à déterminer quel programme peut être réduit, fusionné ou éliminé.

Les questions d'évaluation

Les questions d'évaluation consignées dans le mandat de cette étude sont présentées au tableau 1.7. Il s'agit des questions prioritaires mentionnées dans le cadre d'évaluation (sur un total de 23 questions) et les réponses à ces questions devraient fournir les renseignements nécessaires pour répondre, du moins dans une certaine mesure, aux autres questions figurant dans le cadre d'évaluation.

1.4 L'objet et l'organisation du rapport

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'objet du présent rapport est d'intégrer les résultats du travail d'évaluation effectué sur le terrain (c.-à-d. les entrevues et les enquêtes) aux résultats de la revue de la documentation, de l'analyse des bases de données existantes et de l'examen des dossiers. Au chapitre 2, nous décrivons brièvement la méthodologie utilisée pour chacune de ces composantes de l'évaluation. Les analyses intégrées des résultats sont présentées selon les trois grands thèmes susmentionnés (la pertinence du programme, les réalisations et les solutions de rechange), chacun de ces grands thèmes faisant l'objet d'un chapitre distinct. Le rapport est conçu en fonction des questions d'évaluation clés que comprennent les grands thèmes. Le rapport a été rédigé de façon à tenter de fournir des réponses concises aux questions clés. Les résultats détaillés de chacune des collectes des données ont été donnés dans des rapports préliminaires[7] et, par conséquent, ne sont pas présentés de nouveau dans le présent document. Le dernier chapitre renferme les conclusions générales qui peuvent être tirées de l'analyse intégrée.

7. Les Associés de recherche Ekos, *Premier rapport provisoire révisé*, remis au Groupe d'évaluation — Santé Canada, 4 septembre 1996; Les Associés de recherche Ekos, *Deuxième rapport provisoire révisé*, remis au Groupe d'évaluation — Santé Canada, 15 octobre 1996.

TABLEAU 1.7
Questions d'évaluation approuvées dans le mandat se rattachant à l'évaluation de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés

	Questions d'évaluation
1.	A-t-on encore besoin d'un programme servant exclusivement à améliorer la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés? Si oui, quels groupes d'aînés et quels besoins prioritaires un tel programme devrait-il chercher à satisfaire (sur quoi se fondent ces priorités)?
2.	Le gouvernement fédéral et Santé Canada doivent-ils continuer à intervenir pour promouvoir la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés? Aux termes de quel mandat le Ministère agit-il dans ce domaine?
3.	La SA/DVA a-t-elle atteint ses objectifs à court terme, sans provoquer d'importants résultats indésirables? Dans quelle mesure le travail exécuté jusqu'à présent contribue-t-il aux orientations stratégiques à long terme de la SA/DVA?
4.	Dans quelle mesure la SA/DVA a-t-elle abordé les besoins prioritaires des aînés et de la société vieillissante?
5.	Dans quelle mesure la SA/DVA a-t-elle eu une incidence directe sur la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés, y compris les aînés en situation de risque?
6.	Dans quelle mesure la SA/DVA a-t-elle amené ses partenaires, y compris les aînés, à fournir des ressources, en espèces ou en nature, pour des activités de collaboration ou de partenariat?
7.	Dans quelle mesure la SA/DVA a-t-elle élargi les connaissances concernant les aînés et la société vieillissante et augmenté le nombre de ressources utiles à ceux-ci?
8.	Dans quelle mesure le financement des programmes communautaires des aînés a-t-il amélioré la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés, répondu aux besoins prioritaires des aînés en situation de risque ou menacés de l'être, soutenu le développement de programmes innovateurs et augmenté les possibilités de collaboration et de partenariat parmi les aînés et entre les aînés et d'autres secteurs de la société sur des problèmes propres aux aînés et au vieillissement?
9.	Quelles ont été les retombées du financement des projets communautaires des aînés, au-delà de leurs avantages directs, pour ce qui est de la poursuite ou de la multiplication des projets, des activités, des collaborations ou des partenariats après la cessation du financement initial? Quelles étaient les caractéristiques des projets qui ont apporté des avantages durables?
10.	Quelles activités et quels projets de la SA/DVA ont été les plus efficaces? Qu'est-ce qui a caractérisé ces projets et ces activités par rapport aux autres moins efficaces?
11.	Les diverses activités de la SA/DVA, les autres activités ministérielles et les activités menées à l'extérieur du Ministère se complètent-elles? Y a-t-il chevauchement ou dédoublement?
12.	Quels mécanismes ou quelles méthodes seraient les plus rentables et conviendraient le mieux pour le gouvernement fédéral et Santé Canada à la lumière des priorités et des préoccupations publiques et privées dans le domaine des aînés et du vieillissement ainsi que de la diminution des ressources?
13.	Quelles seraient les structures les plus rentables et les plus appropriées pour soutenir ces mécanismes ou ces approches?

CHAPITRE

2 MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous décrivons les diverses méthodes utilisées dans l'évaluation de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés.

2.1 Revue de la documentation

Les objectifs de la revue de la documentation, présentés dans un rapport technique distinct[8] s'établissaient comme suit :

- fournir un point de départ pour l'analyse, faisant ressortir entre autres les principaux problèmes et tendances, ainsi que les besoins des aînés;
- tirer profit de toute évaluation effectuée sur ces programmes ou des programmes semblables, au Canada ou à l'étranger;
- raffiner la compréhension des grands enjeux chez les membres de l'équipe et faciliter la formulation des questions devant être utilisées dans le cadre des entrevues et des enquêtes;
- permettre aux utilisateurs de l'évaluation de tirer profit de toute nouvelle découverte dans des domaines intéressant les aînés et une population vieillissante, y compris d'éventuelles solutions de rechange à la SA/DVA.

8. Les Associés de recherche Ekos, *Premier rapport provisoire révisé*, soumis au groupe chargé de l'évaluation — Santé Canada, le 4 septembre 1996.

Afin de limiter la portée de l'examen aux besoins de l'évaluation et aux questions qui s'y rapportent, la revue de la documentation a porté sur quatre aspects importants de la question :

- la situation actuelle des aînés au Canada, y compris l'incidence ou le niveau de risque chez les aînés au Canada;
- la situation des aînés par rapport à celle d'autres populations « à risque »;
- les responsabilités du gouvernement fédéral et des provinces et territoires pour ce qui est de répondre aux besoins des aînés;
- les stratégies appliquées actuellement par les gouvernements provinciaux et territoriaux et certains pays industrialisés de l'Ouest (c.-à-d. les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède, le Danemark, la Norvège, l'Australie, la France, l'Allemagne).

Les auteurs du présent rapport ont obtenu de la documentation de diverses sources. La DVA a fourni de la documentation de base sur la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés et les principaux éléments du programme, de même que d'autres documents pertinents portant notamment sur des stratégies appliquées dans d'autres pays. On a aussi passé en revue un certain nombre de documents mentionnés dans la Demande de proposition. Enfin, on a consulté les ressources documentaires de Santé Canada et d'autres bibliothèques pour y trouver de la documentation pertinente et on a utilisé les répertoires bibliographiques et les index de mots-clés d'accès aux citations afin de repérer des travaux scientifiques sur la question. Comme il ne s'agit pas d'évaluer le CCNTA dans le cadre du présent exercice et qu'il s'agit d'un organisme consultatif indépendant dont les sources sont fiables, on a utilisé des publications du CCNTA comme sources aux fins de la revue de la documentation. Même si la plupart des documents examinés remontent à 1991 seulement, certaines des données examinées peuvent remonter à 1981.

2.2 Examen des données de base

La SA/DVA a contribué à la planification et à la tenue de trois enquêtes :

- l'Enquête sociale générale[9];
- l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie[10];
- le *Elder Monitor*[11].

L'information obtenue dans le cadre de ces enquêtes s'est révélée utile pour ce qui est d'établir les données de base visant à mesurer l'évolution dans le temps aux fins d'efforts d'évaluation subséquente. On a aussi examiné ces données pour établir leur utilité comme source de données secondaires aux fins des questions d'évaluation de la présente étude.

Avant de passer en revue les données des enquêtes, on a comparé les questions utilisées dans ces enquêtes aux indicateurs de rendement mis au point dans le cadre d'évaluation afin de déterminer quelles données seraient pertinentes.

2.3 Examen des dossiers

L'examen des dossiers de projets devait servir à réunir des données qualitatives et quantitatives sur les activités et résultats des projets de chacun des éléments du programme. Il était entendu au départ que cet examen porterait sur des évaluations de projet donnant de

9. Statistique Canada, *Enquête sociale générale* : ESG Série analytique, 11-612F, n° 1 (1985) — Santé et aide du milieu; ESG série analytique, 11-612F, n° 4 (1991) — L'emploi du temps; ESG série analytique, 11-612F, n° 8 (1994) — L'état de santé des Canadiens; ESG série analytique, 11-612F, n° 9 (1994) — La famille et les amis.

10. Statistique Canada, *Enquête sur le vieillissement et l'autonomie*, 1993a.

11. L'enquête annuelle *Elder Monitor*, effectuée par la firme Synergistics Consulting, Toronto, 1996.

l'information sur les succès obtenus et la rentabilité des projets, de même qu'un aperçu du processus. Malheureusement, pour la plupart, les projets n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, il a donc fallu obtenir l'information voulue de dossiers individuels de projet.

On a choisi de façon aléatoire des projets des quatre éléments de programme de la SA/DVA. Le tableau 2.1 fait la ventilation de dossiers qui ont été échantillonnés aux fins de l'examen. Bien que certains des éléments de projet remontent au début des années 1970, il a été décidé de n'échantillonner que les projets entrepris au cours des cinq dernières années, afin que l'échantillonnage coïncide avec la période de référence de l'évaluation globale. Comme l'indique le tableau 2.1, on n'a pas reçu tous les dossiers échantillonnés relatifs au financement des programmes communautaires des aînés. Les préposés en région ont été incapables de retracer un des dossiers de projets du programme Nouveaux Horizons; en outre, les dossiers de deux projets Alliances pour l'autonomie et de deux projets du Programme d'autonomie des aîné(e)s n'ont jamais été reçus. Par ailleurs, les dossiers de trois projets de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés et de deux projets du PAA sont arrivés trop tard pour être inclus dans l'examen des dossiers de ces programmes. L'examen des dossiers a été effectué dans notre bureau d'Ottawa.

Nous avons procédé par échantillonnage aléatoire stratifié afin de faire en sorte que chaque cellule ait la masse nécessaire, tout en faisant porter l'examen surtout sur des projets de Nouveaux Horizons, ceux-ci étant les plus nombreux. Cette ventilation nous a permis de traiter en termes généraux de chacun des différents types de projet. Nous avons aussi échantillonné les projets communautaires financés et les projets du PRAA, de façon à obtenir un échantillonnage représentatif de l'ensemble des provinces et des territoires, en indiquant s'il s'agissait de projets en cours ou achevés et leur niveau de financement (p. ex., s'ils se classaient dans la moitié inférieure ou supérieure pour ce qui est du financement reçu).

TABLEAU 2.1
Répartition des projets aux fins de l'examen des dossiers

	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	En cours (1991-1995)	En tout (1991-1996)
Financement des programmes communautaires des aînés							
Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés (n=143)							
Population					143	-	143
Échantillonnée	-	-	-	-	45	-	45
Examinée	-	-	-	-	42	-	42
Nouveaux Horizons (n=4 506)							
Population	1 631	1 543	1 169	163	-	-	4 506
Échantillonnée	20	20	45	45	-	-	130
Examinée	20	19	45	45	-	-	129
Programme d'autonomie des aîné(e)s (n=273)							
Population	38	67	123	45	-	-	273
Échantillonnée	10	10	30	20	-	-	70
Examinée	10	9	30	18	-	-	67
Alliances pour l'autonomie (n=29)							
Population	-	-	16	13	-	-	29
Échantillonnée	-	-	10	10	-	-	20
Examinée	-	-	10	8	-	-	18
Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s (n=110)							
Population	-	-	-	-	-	-	110
Échantillonnée	-	-	-	-	-	-	30
Examinée	-	-	-	-	-	-	30
Conseil consultatif national sur le troisième âge (n=83)							
Population	16	10	13	10	16	18	83
Échantillonnée	3	5	5	7	3	2	25
Examinée	3	5	5	7	3	2	25
Projets internes (n=211)							
Population	34	33	33	38	73	-	211
Échantillonnée	5	5	6	6	8	-	30
Examinée	5	5	6	6	8	-	30
TOTAL							
Population	1 719	1 653	1 354	269	232	18	5 355
Échantillonnée	38	40	96	88	56	2	350
Examinée	38	38	96	84	53	2	341

Nous avons établi deux niveaux de financement pour les projets du PRAA et les autres projets communautaires subventionnés, tandis queles projets de Nouveaux Horizons et de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés ont été répartis selon trois niveaux de financement.

Collecte de données

Un formulaire de collecte de données a été mis au point afin de faciliter la collecte de données (voir l'annexe C). Pour ce faire, nous avons examiné attentivement toutes les questions sur lesquelles devait porter l'évaluation, de même que les indicateurs qui s'y rapportent. Il était essentiel de définir de façon claire et précise le type de renseignements recherchés si nous voulions nous assurer de recueillir les données appropriées et, dans la mesure du possible, d'obtenir les mêmes renseignements sur tous les éléments de programme. Pour que l'analyse de l'information soit plus efficace, le guide a été versé dans un programme d'interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO), ce qui veut dire qu'une base de données était créée automatiquement lorsque l'information était mise en mémoire.

Compte tenu de la diversité des programmes de la SA/DVA et des différences pour ce qui est de leur durée, le genre de renseignements recueillis et conservés dans les dossiers de projets, de même que les types de rapports et de documentation exigés variaient d'un programme à l'autre et au sein d'un même programme. Pour ce qui est du financement des programmes communautaires des aînés, une fois l'instrument de collecte de données bien en place, on a entrepris l'examen d'un échantillon de dossiers de projets afin d'établir le genre de documents versés aux dossiers et de déterminer ceux qu'il faudrait demander aux bureaux régionaux pour chacun des projets échantillonnés. À noter qu'il était entendu au départ qu'il ne serait peut-être pas possible d'obtenir tous les documents demandés pour chacun des projets.

À la suite de cet examen préliminaire des dossiers, nous avons demandé (et obtenu) des bureaux régionaux de même que du bureau national (c.-à-d. la DVA) les documents suivants sur les programmes communautaires recevant des fonds :

- les formulaires d'approbation du financement;
- les demandes (si possible);
- les rapports d'activité et de comptabilité (pour les projets Nouveaux Horizons);
- les questionnaires sur les répercussions (pour les projets du PAA et d'Alliances pour l'autonomie);
- les rapports provisoires (lorsque les rapports finals ne pouvaient être obtenus, par exemple, dans le cas d'un projet non achevé);
- les exposés trimestriels (lorsque les rapports finals ne pouvaient être obtenus, par exemple, dans le cas d'un projet non achevé);
- les rapports finals (pour les projets menés à terme pour lesquels c'était une exigence, c.-à-d. les projets NHPA, PAA);
- les rapports d'évaluation (pour les projets menés à terme pour lesquels c'était une exigence, c.-à-d. les projets NHPA, PAA).

En plus de ces documents, nous avons demandé des renseignements versés au Système d'information sur les contributions (SIC) – une base de données informatique administrée par la DVA. Les renseignements utilisés comprenaient entre autres :

- le numéro de projet;
- la durée du projet;
- le montant total des fonds engagés.

À noter qu'avant 1993, il y avait plusieurs systèmes informatiques différents en usage. C'est pourquoi bien que le SIC contienne des données complètes sur le Programme d'autonomie des aîné(e)s depuis 1988, ainsi que sur Alliances pour l'autonomie et sur NHPA, les données sur les projets subventionnés dans le cadre de Nouveaux Horizons avant 1993 sont incomplètes. En fait, pour 29 des projets de Nouveaux Horizons échantillonnés pour les périodes de 1991-1992 et 1992-1993, il a été impossible d'obtenir du SIC l'information demandée. Pour ces 29 projets, il a fallu tirer cette information des formulaires de demande de subvention qui avaient été soumis.

On a obtenu du PNRDS les dossiers de projets du PRAA et ceux des projets internes et du CCNTA, de l'administration centrale de la Division. Les préposés au PRAA et le personnel du bureau principal de la Division avaient été avisés du type de renseignements nécessaires aux fins de l'examen des dossiers afin de faciliter le processus.

L'examen des dossiers a permis de réunir des données détaillées sur chaque projet, notamment le groupe cible, la clientèle visée, les questions abordées, les activités, les partenariats et les résultats obtenus. Comme le présent document ne reproduit pas les données de ce niveau, les intéressés peuvent se reporter aux rapports techniques[12,13]. Il importe aussi de noter que des lacunes sur le plan de la disponibilité générale ou de la qualité de l'information contenue dans les dossiers sont venues compliquer la collecte de données. Par exemple, à cause d'exigences de programme différentes, de même que du fait que certains projets évalués étaient toujours en cours et que d'autres venaient à peine de se terminer, il n'a pas été possible d'obtenir des évaluations de projet pour un grand nombre de projets. Il a donc été difficile de rendre compte des effets et des répercussions de certains d'entre eux, de même que de leurs points forts et de leurs points faibles. Le manque d'information sur les partenariats et les bénévoles est un autre facteur qui est venu compliquer la présentation de données précises sur les projets.

12. Les Associés de recherche Ekos, *Premier rapport provisoire révisé*, soumis au groupe chargé de l'évaluation — Santé Canada, le 4 septembre 1996; les Associés de recherche Ekos, *Deuxième rapport provisoire révisé*, soumis au groupe chargé de l'évaluation — Santé Canada, le 15 octobre 1996.

13. Les résultats sont résumés aux chapitres 3 à 5 le cas échéant.

2.4 Entrevues avec des répondants importants

Il y a eu en tout 119 entrevues avec des répondants importants. Dans environ 25 p. 100 des cas (ou n=30), on a rencontré les répondants tandis que les autres entrevues ont été faites par téléphone. Dans la mesure du possible, les répondants interrogés en personne venaient de la région de la capitale nationale. Ces entrevues faites en personne prenaient en moyenne une heure à une heure et demie.

La durée des entrevues téléphoniques variait énormément selon le type de répondant. Par exemple, dans le cas de directeurs régionaux, les entrevues duraient en moyenne une heure et quart tandis que celles de répondants dont la demande de subvention avait été refusée duraient rarement plus de 30 minutes. Si on fait la moyenne de tous les types de répondants, on constate que la durée moyenne de l'entrevue était d'environ 45 minutes.

Les entrevues avec des répondants importants peuvent constituer un outil qualitatif très utile. Quand on travaille avec plus d'une centaine d'entrevues, il est tentant de considérer les résultats d'une façon quantitative, c'est-à-dire d'indiquer le nombre absolu d'individus ou le pourcentage d'individus qui pensent d'une certaine façon. Une telle démarche pourrait toutefois être trompeuse. Il faut se rappeler que les résultats obtenus dans le cadre de cette centaine d'entrevues témoignent de points de vue différents et que ceux-ci peuvent souvent varier selon la province ou le territoire, le projet et ainsi de suite. C'est pourquoi les consultations dont il est fait état dans le présent document n'ont pas été interprétées de façon quantitative. Nous avons plutôt choisi de présenter les résultats de façon à donner une idée générale des points de vue de chaque type de répondant et, dans certains cas, nous proposons des façons possibles d'améliorer les choses ou nous donnons des exemples précis.

Les guides d'entrevue ont été préparés en étroite collaboration avec le client et le personnel de la DVA (voir l'annexe D). Ils ont été envoyés par télécopieur à tous les intéressés avant la date de leur entrevue.

Le tableau 2.2 fait la ventilation des 119 entrevues effectuées selon le type de répondant important. Les candidats avaient été choisis avec soin en consultation étroite avec le client et le personnel de la DVA. Dans certains cas, les candidats qui avaient été choisis aux fins de la consultation n'étaient pas libres, mais la plupart ont tout de même pu nous fournir les noms d'une autre personne qui, à leur avis, était aussi qualifiée qu'eux pour répondre aux questions. Ayant prévu que certaines personnes ou certains organismes (dans le cas des entrevues avec les intervenants) seraient incapables de participer ou ne voudraient pas le faire, le personnel de la DVA a fourni le nom de remplaçants (ou d'organismes dans le cas d'entrevues avec les intervenants; d'autres projets, dans le cas d'entrevues avec des organismes ou groupes subventionnés ou dont la demande de subvention a été refusée). Dans tous les cas, les personnes interrogées ont été assurées du respect de la confidentialité de leur réponse.

Les huit types de répondants peuvent être divisés en sous-groupes. Ces renseignements figurent à l'annexe E.

2.5 Enquêtes

Deux enquêtes ont été effectuées aux fins de l'évaluation, une enquête auprès de bénéficiaires visés de projets subventionnés et une enquête auprès de clients du grand public.

TABLEAU 2.2
Aperçu des entrevues avec les répondants importants

Type de répondant	Nombre d'entrevues
Organismes centraux	2
Haute direction et personnel de Santé Canada	28
Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés	7
Membres du CCNTA	5
Gouvernements provinciaux et territoriaux[14]	16
Intervenants	34
Organismes ou groupes subventionnés	17
Organismes ou groupes dont la demande de subvention a été refusée	10
Total	119

L'*enquête auprès des bénéficiaires visés* avait pour but de réunir de l'information sur l'incidence de la SA/DVA sur la vie des bénéficiaires visés par les projets, ainsi que sur les grandes questions intéressant les aînés et ce que pensent ces derniers du niveau de soutien du gouvernement dans différents secteurs. Pour les besoins de la présente étude, après consultation avec le client et le personnel de la DVA, il a été décidé de définir de façon assez étroite ce qu'il faut entendre par bénéficiaires visés[15]. C'est pourquoi, pour les besoins de la présente étude, il faut entendre par bénéficiaires visés les aînés qui ont reçu un service offert dans le cadre d'un projet subventionné (p. ex., des repas distribués par un service de popote roulante, des soins podologiques) ou ceux qui ont participé à une activité offerte dans le cadre d'un projet (p. ex.,

14. Par représentants ou répondants des provinces ou des territoires, il faut entendre les responsables provinciaux et territoriaux qui ont été interviewés.

15. Nous avons retenu une définition étroite parce qu'il était important de s'assurer que les entrevues porteraient sur a) des aînés qui b) avaient bénéficié d'un service ou participé à une activité subventionnée. L'idée sous-jacente, c'était que les aînés qui avaient profité d'une activité ou y avaient participé étaient les mieux placés pour se prononcer sur les répercussions de ces projets sur leur santé, leur bien-être et leur autonomie.

une chorale, une amicale, une classe de conditionnement physique, de la formation sur des questions de nutrition et d'autres questions de santé pour leurs besoins personnels)[16].

L'*enquête auprès des clients du grand public* avait pour but de réunir de l'information sur ce que pensaient de la DVA les personnes qui ont demandé (par téléphone, par télécopieur ou d'une autre façon) à la Division de leur fournir des conseils spécialisés, de l'information ou de la documentation, ou de les adresser ailleurs. On cherchait aussi à savoir ce que ces personnes pensaient des grands problèmes auxquels font face les aînés et du soutien qu'apporte le gouvernement à différents secteurs, comme dans le cas de l'*enquête auprès des bénéficiaires*. Certains des répondants contactés aux fins de l'enquête ont été tirés de la liste de distribution de la DVA ou du CCNTA. Ces répondants représentaient donc des intérêts variés, ceux des aînés pris à titre individuel, de professionnels de la santé, de fournisseurs de services, d'universitaires et de chercheurs.

(a) Conception des instruments

Les questionnaires utilisés dans le cadre des deux enquêtes ont été mis au point par la firme Ekos en collaboration avec le client. Ils ont été mis en mémoire au moyen du logiciel ITAO et soumis à un essai préalable. Cet essai, effectué le 25 juillet 1996, portait sur 10 répondants de chacun des échantillons d'enquête. Il s'agissait de s'assurer que les instruments utilisés dans le cadre des enquêtes étaient d'une clarté et d'un enchaînement raisonnables. L'essai préalable permet aussi de vérifier la programmation ITAO pour en relever les erreurs d'enchaînement et de logique. Figurent à l'annexe F

16. Inversement, n'entreraient pas dans la catégorie des bénéficiaires visés les personnes qui ne sont pas des aînés et les aînés qui n'ont pas profité directement des services ou activités du projet (p. ex., les aînés qui ont participé à la conception ou à la réalisation du projet, ou les aînés qui ont reçu de la formation afin d'offrir des services à d'autres personnes âgées). Cette définition a été mise au point en consultation avec le client et est tirée de la lettre à l'intention des parrains de projets, rédigée par le groupe chargé de l'évaluation de Santé Canada, le 17 juin 1996 (voir l'annexe G).

les questionnaires utilisés pour l'enquête auprès des bénéficiaires visés et l'enquête auprès de clients du grand public. Dans les deux cas, les entrevues duraient en moyenne 21 minutes.

(b) Échantillonnage

Bénéficiaires visés

La conception de la base de sondage pour l'enquête auprès des bénéficiaires visés présentait tout un défi, car il n'y avait pas de liste compilée des personnes participant aux divers projets. Il a donc fallu se mettre en rapport avec les parrains des projets afin d'essayer de mettre au point une base de sondage. Le Groupe chargé de l'évaluation (Santé Canada) s'est efforcé d'obtenir le nom d'aînés correspondant à la description ci-dessus. Il a été décidé que l'on contacterait les bénéficiaires des projets communautaires qui avaient fait l'objet de l'échantillonnage aléatoire aux fins de l'examen des dossiers.

Les activités des projets échantillonnés portaient notamment sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, le transport et diverses activités sociales, la formation assurée à ceux qui dispensent des soins, ainsi que sur l'information à l'intention des aînés.

On a déterminé des personnes-ressources dans les 265 projets échantillonnés. Le Groupe chargé de l'évaluation a fait parvenir à chaque personne-ressource une trousse d'information comprenant une lettre explicative (annexe G), un formulaire de réponse, ainsi qu'une enveloppe-retour affranchie. La lettre expliquait la nature de l'évaluation et demandait à chaque personne-ressource de fournir une liste d'au plus 20 noms (présentée de façon

normalisée sur le formulaire fourni). En tout, 1 538 noms ont été communiqués, représentant 91 projets sur 265 (ou 34,3 p. 100). Les tableaux 2.3 et 2.4 indiquent les taux de réponse par programme et par année d'achèvement.

TABLEAU 2.3
Nombre de listes reçues selon le programme

Programme	N^bre de projets demandés	N^bre de projets reçus	Taux de réponse
NHPA	45	12	26,7 %
NH	130	49	37,7 %
PAA	70	26	37,1 %
Alliances pour l'autonomie	20	4	20,0 %
Total	265	91	34,3 %

Bien que l'on ait demandé aux personnes-ressources de choisir des noms au hasard afin d'assurer la représentativité du processus, seulement 40 p. 100 des noms ont été choisis de cette façon. Cela peut s'expliquer par divers facteurs :

- certains des projets comportaient moins de 20 bénéficiaires visés et, par conséquent, on a fourni le nom de tous les intéressés (qui sont donc considérés comme étant représentatifs);
- les personnes-ressources savaient que certaines des personnes participant à leur projet étaient trop malades pour être interviewées par téléphone (p. ex., à un stade avancé de maladie Parkinson, de maladie d'Alzheimer);
- les personnes-ressources n'avaient pas les noms de tous ceux qui participaient à leurs activités (p. ex., dans le cas d'aînés profitant de services offerts dans un centre communautaire);
- les personnes-ressources tenaient à avoir la permission des aînés avant d'ajouter leur nom à la liste – comme cela aurait pris beaucoup de temps, elles n'ont contacté que ceux qui étaient faciles à joindre.

TABLEAU 2.4
Nombre de listes reçues selon l'année d'achèvement

Année d'achèvement	N^bre de projets demandés	N^bre de projets reçus	Taux de réponse
1992	19	8	42,1 %
1993	34	10	29,4 %
1994	28	14	50,0 %
1995	57	22	38,6 %
1996	73	22	30,1 %
1997	52	15	28,8 %
1998	2	0	0,0 %
Total	265	91	34,3 %

Au total, 1 229 noms ont été mis en mémoire au moyen du système ITAO aux fins de l'échantillonnage. De ce nombre, 532 provenaient de listes aléatoires (c.-à-d. tous les noms soumis) et les 697 autres venaient de listes non aléatoires. Les noms ont été tirés des listes non aléatoires comme suit :

- quand la liste comportait 20 noms ou moins, tous les noms ont été choisis et mis en mémoire au moyen du logiciel ITAO;
- quand la liste comportait plus de 20 noms, 20 étaient choisis au hasard et mis en mémoire au moyen de l'ITAO;
- on a exclu les noms indéchiffrables et ceux pour lesquels il était indiqué que la personne ne parlait ni anglais ni français.

Le tableau 2.5 fait la ventilation des cas par programme.

TABLEAU 2.5
Noms échantillonnés par programme - bénéficiaires visés

Programme	Nombre	Pourcentage de l'échantillon
NHPA	144	11,7 %
NH	676	55,0 %
PAA	341	27,7 %
Alliances pour l'autonomie	47	3,8 %
Autre/non précisé	21	1,7 %
Total	1 229	100 %

Clients du grand public

L'échantillonnage était plus simple pour ce qui est des clients du grand public. La Division tient à jour une liste des personnes qui l'ont contactée pour obtenir de l'information, des publications, des conseils ou pour être dirigées ailleurs. La liste classe le courrier dans trois catégories : le courrier envoyé au nom de la DVA; le courrier envoyé au nom du CCNTA; le courrier envoyé au nom du Ministre. Il a été décidé de ne contacter que les personnes qui avaient reçu de l'information de la DVA et du CCNTA au cours des deux dernières années, car elles seraient plus susceptibles de connaître la Division et de se rappeler le contact. Pour compiler la liste, le personnel de la Division s'est aussi reporté aux dossiers de correspondance (c.-à-d. les lettres reçues) afin de choisir les interactions pertinentes avec les clients (p. ex., retenir les demandes d'information mais exclure les demandes de publications car, dans ce cas, l'interaction serait extrêmement courte) et d'obtenir des renseignements sur les coordonnés des clients (p. ex., l'adresse). En tout, 390 noms ont été choisis de cette façon et versés au système ITAO. On a tiré de la liste d'envoi de la Division un nombre additionnel de 2 249 noms et numéros de téléphone. De ce nombre, on a choisi au

hasard 1 750 noms et numéros de téléphone qui ont été chargés dans le logiciel ITAO, ce qui fait que l'échantillon final aux fins de l'enquête auprès des clients du grand public comprenait en tout 2 140 noms et numéros de téléphone.

Logistique de l'enquête et taux de réponse

Une équipe de 20 intervieweurs parfaitement bilingues a effectué l'enquête. Il y avait au moins deux chefs d'équipe par poste de travail. Le chargé d'enquête était aussi présent à tous les postes de travail. Les intervieweurs et les chefs d'équipe avaient reçu une formation sur les grandes questions sur lesquelles portait l'étude, ainsi que sur les questions figurant aux questionnaires. En outre, ils avaient tous reçu au préalable une formation sur les techniques d'entrevue téléphonique ainsi que sur les méthodes d'enquête. Un expert-conseil principal participant à l'évaluation était sur place le premier jour de l'enquête et pouvait être joint par téléphone par la suite, afin de fournir à l'équipe d'enquête tout renseignement additionnel qui lui était nécessaire. Le chargé de projet était aussi présent pour répondre aux besoins de l'équipe d'enquête tout au long du travail sur le terrain.

Pour établir le premier contact, on a appelé chaque répondant une fois par jour seulement, à moins d'indication contraire de la part de l'intéressé. Si, après deux jours consécutifs, l'intervieweur n'avait toujours pas réussi à se mettre en rapport avec le répondant, on essayait en soirée. On essayait aussi le samedi. Aucun répondant n'a été appelé après 20 heures, heure locale, à moins que celui-ci n'en ait fait la demande de façon officielle. On a aussi fixé des rendez-vous à ceux qui se sont dits prêts à participer à un moment qui leur convenait mieux. On a appelé les répondants un maximum de 10 fois. Si, après 10 appels infructueux, on n'avait toujours pas réussi à joindre le répondant, il était retiré de l'échantillon.

Le tableau 2.6 présente le taux de réponse pour chaque enquête. Le taux d'érosion de l'échantillon de l'enquête auprès des clients du grand public était de 30 p. 100, ce qui donne un taux de réponse de 85 p. 100 de l'échantillon fonctionnel (301 entrevues achevées). Le taux de refus était de 15 p. 100. Pour ce qui est des entrevues achevées, 124 portaient sur des noms tirés des listes de personnes ayant demandé des renseignements, tandis que les 177 autres noms avaient été tirés des listes d'envoi[17]. On a retiré de l'échantillon fonctionnel le nom des personnes que l'on n'a pu joindre au cours de l'enquête (p. ex., les appels sans réponse, la perte d'effectifs).

Le taux d'érosion de l'échantillon des bénéficiaires visés était de 35 p. 100. La perte d'effectifs un peu plus élevée dans ce groupe peut être attribuée au fait que les listes soumises pour un projet donnaient le nom des infirmières qui fournissaient le service et non pas celui des personnes auxquelles elles prodiguaient des soins et, dans un autre cas, il s'agissait d'un projet auquel des aînés s'étaient inscrits mais qui n'avait jamais vu le jour. En plus de ces facteurs, on peut attribuer l'érosion plus importante de cet échantillon au fait qu'une plus grande proportion des personnes constituant l'échantillon étaient soit décédées, soit incapables de participer pour des raisons de santé. En tout, 553 entrevues ont été achevées, ce qui donne un taux de réponse de 85 p. 100. En outre, 96 personnes ont refusé de participer, ce qui donne un taux de refus de 15 p. 100. Ces résultats sont repris au tableau 2.6.

17. Bien qu'il ait été prévu au départ que 175 entrevues porteraient sur des personnes figurant sur les listes de demande de renseignements, il a été impossible de le faire du fait de la taille réduite de l'échantillon disponible. Pour palier cette insuffisance, il a fallu puiser des noms additionnels dans la liste d'envoi.

TABLEAU 2.6
Taux de réponse pour l'enquête auprès des bénéficiaires visés et de l'enquête auprès des clients du grand public

	Enquête - Bénéficiaires visés	Enquête - Clients du grand public
Échantillon total	1 229	2 140
Érosion de l'échantillon		
Non disponible pour la durée de l'enquête	20	79
Limite d'appels atteinte (n^{bre} d'appels = 10)	20	12
Ignorance des services de la SA/DVA	80	48
Difficultés au niveau de la langue	71	7
Inadmissibilité	90	46
Numéro de téléphone pas en service	101	446
Décédé	52	8
Perte totale d'effectifs	434 (35 %)	646 (30 %)
Autres effectifs retirés (pas attribuable à l'érosion de l'échantillon)	143	1 130
Pas de réponse/ligne occupée	2	8
Rendez-vous fixé (puis jugé inutile)	1	0
Entrevue inachevée	146 (12 %)	1 138 (53 %)
Total		
Échantillon fonctionnel total	649 (53 %)	356 (17 %)
Refus	96 (15 %)	55 (15 %)
Entrevues achevées	553	301
Taux de réponse (Entrevues achevées/échantillon fonctionnel)	85 %	85 %

Les lecteurs voudront bien noter que la proportion d'effectifs retirés (pas du fait de l'érosion de l'échantillon) est beaucoup plus élevée pour l'enquête auprès des clients du grand public que pour l'enquête auprès des bénéficiaires visés. On peut attribuer cette différence au fait qu'il a fallu contacter un moins grand nombre d'effectifs pour atteindre le nombre voulu d'entrevues. Comme on a pu obtenir le nombre voulu d'entrevues en utilisant les 356 effectifs de l'échantillon fonctionnel et les 646 effectifs perdus du fait de l'érosion de l'échantillon, il n'a pas été nécessaire de contacter les 1 138 effectifs qui restaient.

(c) Caractéristiques des répondants

Bénéficiaires visés

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants dans le cadre de l'enquête auprès des bénéficiaires visés figurent au tableau 2.7.

On fait aussi ressortir les principales différences entre les répondants de la liste dressée au hasard et ceux de listes non aléatoires. Elles sont décrites ci-dessous.

Les répondants du groupe non aléatoire étaient moins susceptibles que ceux du groupe choisi au hasard d'avoir un diplôme universitaire de premier cycle (9 p. 100 comparativement à 17 p. 100) et plus susceptibles de vivre dans une petite ville de 10 000 habitants ou moins (54 p. 100 comparativement à 21 p. 100). Aussi, ceux du groupe non aléatoire étaient plus susceptibles de dire que leur revenu leur permettait à peine de satisfaire leurs besoins (13 p. 100 par opposition à 7 p. 100). Il importe de noter les corrélations entre ces trois variables. Ainsi, pour l'ensemble de l'échantillon, le fait de vivre dans une petite localité est associé à des niveaux de scolarisation plus bas et une scolarisation moins poussée est associée au fait d'être à peine en mesure de subvenir à ses besoins financiers. Par ailleurs, le groupe non aléatoire était aussi plus susceptible d'avoir participé à un projet NHPA (14 p. 100 du groupe non aléatoire comparativement à 3 p. 100 du groupe choisi au hasard) tandis que les membres du groupe aléatoire étaient plus susceptibles d'avoir participé à un projet du PAA (39 p. 100 du groupe aléatoire comparativement à 24 p. 100 du groupe non aléatoire).

TABLEAU 2.7

Profil socio-démographique : Bénéficiaires visés

Caractéristiques	Pourcentage
Sexe	
Masculin	31
Féminin	69
Âge	
65-69	26
70-74	36
75-79	25
80 +	13
État matrimonial	
Marié(e)/conjoint(e) de fait	49
Veuf/veuve	39
Célibataire	5
Séparé(e)/divorcé(e)	6
Études	
Études primaires	17
Études secondaires partielles	22
Diplôme d'études secondaires	23
Une certaine formation postsecondaire	9
Diplôme d'un collège communautaire	9
Diplôme universitaire	17
Autre	2
Ne sait pas/ne répond pas	1
Résidence	
Domicile privé	85
Maison de retraite/établissement/autre	15
Langue	
Anglais	62
Français	23
Autre	15

Caractéristiques	Pourcentage
Situation financière actuelle	
Besoins satisfaits et surplus d'argent	41
Assez pour les besoins mais en reste peu	46
À peine assez pour les besoins	10
Ne sait pas/ne répond pas	3
Revenu du ménage	
Moins de 10 000 $	8
10 000 $ à 14 999 $	16
14 999 $ à 19 999 $	14
20 000 $ à 29 999 $	19
30 000 $ ou plus	23
Ne sait pas/ne répond pas	20
Taille de la localité	
Moins de 10 000	37
10 000 à 99 999	29
100 000 à 1 million	23
Plus de 1 million	5
Ne sait pas/ne répond pas	5

Mis à part ces différences socio-démographiques, on a relevé peu de différences entre les groupes. Les seules différences que l'enquête a permis de relever entre les deux groupes, c'était que les répondants du groupe aléatoire étaient plus susceptibles que ceux du groupe non aléatoire de dire :

- que leur participation les avait aidés à préserver leur santé, leur bien-être et leur autonomie (82 p. 100 comparativement à 72 p. 100);
- qu'ils ne recevaient pas d'aide de qui que ce soit (82 p. 100 par opposition à 73 p. 100);
- qu'ils étaient moins susceptibles de penser qu'en général, le gouvernement devrait augmenter son appui en ce qui concerne les aînés et le vieillissement (28 p. 100 comparativement à 38 p. 100).

De façon générale, il semblerait donc d'après ces différences que les membres du groupe non aléatoire seraient quelque peu plus vulnérables que ceux du groupe aléatoire. Il se peut qu'il y ait quelque chose d'inhérent dans les projets à l'intention de ces personnes qui fait que leurs parrains sont incapables de choisir des participants au hasard, toutefois il est impossible de le confirmer d'après l'information dont nous disposions. Par ailleurs, on n'a relevé aucune différence entre les groupes aléatoire et non aléatoire pour ce qui est de la perception qu'ont les répondants des grands problèmes auxquels font face les aînés et de ce qu'ils pensent du soutien qu'offre le gouvernement aux différents secteurs visés par les enquêtes.

Clients du grand public

Le tableau 2.8 ci-dessous donne les caractéristiques socio-démographiques des aînés interviewés dans le cadre de l'enquête auprès des clients du grand public. Afin de faire en sorte que l'on puisse établir des comparaisons avec l'enquête auprès des bénéficiaires visés, les questions socio-démographiques ne s'adressaient qu'aux clients âgés de 65 ans ou plus.

On fait ressortir ci-dessous les principales différences entre les aînés (n=87) et les répondants de moins de 65 ans (n=206)[18].

Parmi les clients du grand public, on a constaté que le bouche à oreille, les annonces gouvernementales, ainsi que les feuillets d'information et les brochures constituaient une source d'information plus importante pour les aînés que pour les autres (c.-à-d., les personnes de moins de 65 ans) (ils ont pris connaissance du programme de cette façon dans une proportion de 13 p. 100 et de 26 p. 100 respectivement).

18. Il importe de noter que huit des répondants du groupe de clients du grand public ont refusé de donner leur âge.

TABLEAU 2.8

Profil socio-démographique : Clients du grand public (aînés seulement)

Caractéristiques	Pourcentage
Sexe	
Masculin	31
Féminin	69
État matrimonial	
Marié(e)/conjoint(e) de fait	60
Veuf/veuve	26
Célibataire	5
Séparé(e)/divorcé(e)	9
Études	
Études primaires	10
Études secondaires partielles	16
Diplôme d'études secondaires	16
Une certaine formation postsecondaire	15
Diplôme d'un collège communautaire	11
Diplôme universitaire	32
Résidence	
Domicile privé	93
Maison de retraite/établissement/autre	7
Langue	
Anglais	48
Français	35
Autre	17
Situation financière actuelle	
Besoins satisfaits et surplus d'argent	44
Assez pour les besoins mais en reste peu	38
À peine assez pour les besoins	16
Revenu du ménage	
Moins de 10 000 $	5
10 000 $ à 14 999 $	16
15 000 $ à 19 999 $	16
20 000 $ à 29 999 $	11
30 000 ou plus	33
Ne sait pas/ne répond pas	18
Taille de la localité	
Moins de 10 000	23
10 000 à 99 999	33
100 000 à 1 million	29
Plus de 1 million	7
Ne sait pas/ne répond pas	8

Les répondants plus jeunes étaient plus susceptibles de s'intéresser à la recherche et aux publications sur les questions concernant les aînés (31 p. 100). Par contre, les clients du grand public âgés de plus de 65 ans étaient plus susceptibles que les autres de s'intéresser à des questions financières et économiques et à des considérations d'assurance-maladie (26 et 34 p. 100 respectivement).

Les aînés ont répondu en plus grand nombre que les autres qu'ils ne savaient pas s'il y avait d'autres sources d'information ou de conseils (26 p. 100).

Les trois questions fermées ont été ajoutées à l'enquête *Repenser le gouvernement* et soumises à l'ensemble de l'échantillon (2 962 adultes). L'échantillon comprenait 276 aînés (c.-à-d. des personnes âgées de 65 ans ou plus). Les questions qui ont été ajoutées à l'enquête sont présentées à l'annexe H et ont permis de recueillir des renseignements qui ont été comparés aux réponses obtenues dans le cadre de l'enquête auprès des bénéficiaires visés et de l'enquête auprès des clients du grand public. L'annexe I donne un résumé des résultats obtenus en réponse à ces trois questions, y compris les différences relevées entre les réponses des aînés et des autres dans le cadre de *Repenser le gouvernement*, de même que les différences par rapport aux résultats des deux autres enquêtes.

2.6 Consultation d'experts

On a recruté sept spécialistes du domaine du vieillissement et des aînés que l'on a chargés d'examiner la version préliminaire du rapport final[19]. Cette consultation visait trois objectifs : préciser et valider les conclusions; proposer des solutions aux problèmes et recommander des mesures à prendre; faire la lumière sur les aspects « attribution » et « pertinence » de la question.

19. La liste des experts consultés figure à l'annexe J.

Les experts choisis figuraient sur la liste de candidats fournie par le Groupe chargé de l'évaluation et par la Division du vieillissement et des aînés. On a eu un certain mal à trouver des experts qui n'avaient pas reçu de fonds de Santé Canada dans le cadre de la SA/DVA. En outre, les personnes choisies pour faire partie du groupe d'experts devaient aussi avoir une bonne connaissance des programmes de santé (et socio-économiques) au Canada. Le groupe final se composait de cinq experts du Canada, d'un expert des États-Unis et d'un autre d'Angleterre. Le spécialiste des États-Unis avait été proposé par la Division et le Groupe chargé de l'évaluation, tandis que le nom de l'expert venant de l'Angleterre avait été soumis par deux des Canadiens recrutés pour faire partie du groupe. Afin d'assurer un certain équilibre entre les membres du groupe, on s'est efforcé d'établir, dans la sélection des candidats Canadiens, s'ils avaient reçu ou non du financement de la SA/DVA. Cette sélection a fait que trois des experts avaient reçu du financement (même si ces personnes viennent du Canada, elles sont bien connues au niveau international) et les quatre autres n'avaient pas reçu de fonds (dont deux venant de l'extérieur du Canada).

On a demandé aux experts de prendre connaissance d'une trousse d'information, de répondre à un questionnaire (voir l'annexe K) et de préciser, au besoin, leurs réponses dans un suivi téléphonique. Chaque expert a rempli le questionnaire seul. En examinant les réponses distinctes de chaque expert, la firme Ekos était mieux en mesure de relever les partis pris de chacun (p. ex., les différences entre les experts qui avaient reçu des fonds et les autres).

La trousse d'information envoyée aux experts faisait le point sur les questions étudiées par l'évaluation, et comprenait les résumés des méthodes de recherche, ainsi que l'ébauche du rapport intégré. Ils ont aussi reçu des exemplaires des documents techniques. On a préparé cette trousse d'information afin de permettre aux experts d'assimiler l'information rapidement.

En tout, la société Ekos a reçu six questionnaires[20] L'annexe L donne le résumé des résultats de la consultation d'experts; on fait, entre autres, la distinction entre les conclusions selon le type d'expert (c.-à-d. ceux qui ont reçu des fonds, ceux qui n'ont pas reçu de fonds, les experts de l'étranger).

2.7 Limites de l'évaluation

Afin d'évaluer la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, il a fallu faire intervenir un grand nombre de personnes et réunir beaucoup de renseignements. Il faut toutefois reconnaître que malgré l'ampleur de l'entreprise, il y avait des limites à ce que l'évaluation pouvait établir et aux conclusions qui en ont été tirées. En voici une description :

- Les contraintes de temps et les ressources financières affectées à l'évaluation ont fait qu'il a fallu se baser sur l'avis de tiers comme source principale d'information pour plusieurs des questions de l'évaluation. Par avis de tiers, il faut entendre notamment la consultation des principaux intervenants dans le cadre de la SA/DVA, soit le personnel de Santé Canada (tant à l'administration centrale que dans les régions), ainsi que les organismes d'aînés, les bénéficiaires de l'aide financière et les requérants dont la demande avait été refusée. Toutes ces personnes sont intéressées de près à la SA/DVA, ce qui fait qu'il y a possibilité de parti pris chez ces personnes.

  - Même si les bénéficiaires directs des projets et de l'initiative en général ont été consultés dans le cadre d'une enquête, on n'a pas mesuré de façon directe les répercussions du programme. Ainsi, les constatations sur l'incidence de la participation au projet sont fondées sur une autodéclaration rétrospective. On a aussi obtenu les points de vue des intéressés de façon indirecte, selon ce qui était consigné dans les dossiers de projets ou ce qu'ont dit les intéressés lors d'entrevues. Cela limite les conclusions que l'on peut tirer au sujet des répercussions du programme.

20. Un des experts a été malheureusement incapable de remplir le questionnaire pour des raisons de santé. Toutefois, il a fourni des renseignements dont on a tenu compte dans l'enquête.

- Il a fallu tenir compte de trois contraintes importantes lors de l'examen des dossiers : peu de ressources avaient été affectées à cette composante méthodologique. Compte tenu du nombre de dossiers de projets qu'il fallait examiner, on ne pouvait pas consacrer beaucoup de temps à un projet en particulier faute de ressources (moins d'une demi-heure); un certain nombre de projets plus récents étaient toujours en cours ou venaient à peine d'être achevés; on a passé en revue les projets antérieurs en fonction d'objectifs et d'exigences actuels. Même si les objectifs et exigences ont évolué au cours de la période visée par l'examen, il y a eu continuité dans plusieurs des objectifs des divers programmes de la version originale de la SA/DVA et de son renouvellement, y compris dans les changements les plus récents.

  - Les programmes Nouveaux Horizons, Programme d'autonomie des aîné(e)s et Alliances pour l'autonomie ont tous été lancés à des moments différents, chacun ayant ses propres objectifs et exigences de programme. Les trois programmes ont été fusionnés en 1995 pour former le programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés. Ce fusionnement a entraîné une réorientation et de nouvelles exigences. C'est en fonction de ces nouveaux objectifs que l'on a évalué les projets de tous les programmes. Il est difficile d'évaluer de façon précise l'incidence et l'efficacité de programmes antérieurs quand on utilise des critères différents pour les mesurer.

    En outre, comme le programme NHPA en est encore à ses premiers balbutiements, ayant été lancé il y a à peine un peu plus d'un an, il est prématuré d'en évaluer les répercussions.

  - Les rapports d'évaluation, qui auraient été utiles pour déterminer les répercussions et les effets des programmes, n'ont été exigés que pour les projets de NHPA et du PAA. Malheureusement, la plupart de ces projets que l'on a examinés étaient toujours en cours ou venaient à peine d'être achevés. On a bien reçu des rapports d'évaluation de projets d'autres programmes, mais ceux-ci ne portaient que sur les projets les plus récents, dont bon nombre était en cours ou venaient à peine d'être menés à terme.

Malgré les lacunes observées, on s'est efforcé (compte tenu des contraintes de temps et des ressources affectées à l'étude) d'assurer un juste équilibre entre les diverses méthodes utilisées. Dans la mesure du possible, on a choisi des répondants qui n'avaient jamais reçu de fonds dans le cadre de la SA/DVA, qui n'en recevaient pas actuellement et qui n'en recevraient pas à l'avenir. Par exemple, on a interrogé des requérants à qui l'on avait refusé une

subvention pour leur projet et au moins la moitié des experts consultés n'avaient pas reçu de fonds. On a aussi pris d'autres moyens pour assurer un certain équilibre entre les méthodes retenues : on a procédé à une revue de la documentation; au lieu de se fier uniquement aux dossiers de projets et à l'apport du personnel de Santé Canada, on a demandé aux bénéficiaires visés et au public en général ce qu'ils pensaient du programme; chaque fois que c'était possible, on a procédé à un échantillonnage aléatoire; on a aussi organisé des entrevues avec des responsables provinciaux et territoriaux pour savoir ce qu'ils pensaient des dédoublements, par exemple.

Grâce au soin apporté à la conception des instruments devant être utilisés dans les diverses composantes de l'évaluation, il a été possible d'examiner à fond les principaux aspects de la question. La consultation de fonctionnaires de Santé Canada et des intervenants dans le domaine a non seulement fait ressortir une foule de détails descriptifs sur les programmes et activités de la SA/DVA, elle a aussi permis de se faire une bonne idée de la façon dont fonctionnent les programmes et leurs activités d'un bout à l'autre du pays, notamment des répercussions et effets perçus. En outre, ces personnes ont une connaissance approfondie du vieillissement et des questions intéressant les aînés et sont au fait de la situation actuelle de ce sous-groupe de population et des problèmes auxquels il fait face. Leurs points de vue, de même que les données tirées de l'examen des dossiers et de la documentation, de l'examen de données et des sondages effectués, seront d'une aide inestimable lorsqu'il s'agira de prendre des décisions relativement à l'avenir de la SA/DVA.

CHAPITRE

3 PERTINENCE DU PROGRAMME

3.1 Le besoin et la pertinence actuels de la SA/DVA

Comme dans la plupart des autres pays du monde, la population vieillit lentement au Canada. Selon Statistique Canada, le nombre d'aînés a presque triplé entre 1951 et 1991 (Desjardins, 1993), et les données de recensement révèlent que, d'ici 2036, la proportion d'aînés pourrait fort bien doubler au Canada. Selon les projections, d'ici l'an 2036, 23,2 p. 100 de la population serait âgée de plus de 65 ans. Comme nous le verrons, certains observateurs estiment que ce processus de vieillissement justifierait à lui seul l'existence d'un service du gouvernement qui serait responsable des questions intéressant les aînés, de façon à préparer l'avenir. Bon nombre des statistiques examinées aux fins de la présente évaluation et présentées dans ce chapitre montrent en outre que les aînés d'aujourd'hui ont des besoins précis dont il faut tenir compte et que, dans bien des cas, ces besoins justifient aussi des interventions précises du gouvernement. Toutefois, compte tenu des responsabilités des provinces et des territoires en la matière, il ne faudrait pas tenir pour acquis que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer sur ce plan.

Dans ce chapitre, nous passons en revue les besoins des aînés, tels qu'établis dans la documentation, et nous examinons les principales conclusions de l'évaluation de la pertinence actuelle de la SA/DVA. De façon plus précise, nous répondons dans ce chapitre aux questions suivantes : quels sont les besoins des aînés? Pourquoi les aînés ont-ils besoin d'aide? Pourquoi le gouvernement fédéral devrait-il intervenir? Les documents examinés aux fins de la présente étude d'évaluation, ainsi que les résultats des entrevues et enquêtes ont permis de se faire une idée des besoins des aînés et de la pertinence de l'intervention du gouvernement dans des questions intéressant les aînés.

(a) Les besoins des aînés et la pertinence de la SA/DVA

Même si les personnes âgées au Canada ne constituent pas un groupe homogène en soi, les statistiques que nous avons examinées révèlent qu'en général les aînés diffèrent de plusieurs façons du reste de la population et qu'il en va de même de leurs besoins. Comme on peut le constater dans les paragraphes qui suivent, les aînés ont des revenus inférieurs à ceux des autres adultes, leurs besoins en matière de santé sont plus importants et différents et ils ont besoin de plus d'aide au fur et à mesure qu'ils vieillissent.

Les besoins perçus selon la documentation

Grâce au régime de pension de l'État, la plupart des aînés sont autonomes sur le plan financier de nos jours. Pourtant les statistiques révèlent que le taux de pauvreté est toujours plus élevé chez les aînés que chez les autres groupes d'âge. Lochhead et Shillington ont examiné les données du recensement de 1991 à l'intention du Conseil canadien de développement social et ont constaté que 19 p. 100 des aînés vivent sous le seuil de la pauvreté (seuil de faible revenu), soit un taux plus élevé que la moyenne enregistrée pour l'ensemble de

la population (16 p. 100). La même source révèle que le taux de pauvreté est plus élevé chez les personnes seules de tous les groupes d'âge et que cette constatation s'applique tout particulièrement aux aînés : 41 p. 100 des aînés vivant seuls sont sous le seuil de la pauvreté comparativement à 35 p. 100 chez les personnes âgées de moins de 65 ans.

Selon d'autres calculs, les taux de pauvreté chez les aînés sont plus bas que dans le reste de la population, mais leur situation économique se serait améliorée de façon considérable au fil des ans. Entre 1980 et 1990, le pourcentage de couples de personnes âgées ayant un revenu se situant sous le seuil de faible revenu (seuil de pauvreté) est passé de 13 p. 100 à 4 p. 100 (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993e). La même source révèle que le pourcentage d'aînés vivant seuls sous le seuil de la pauvreté a chuté de 53 p. 100 à 26 p. 100 pour ce qui est des hommes et de 60 p. 100 à 38 p. 100 pour ce qui est des femmes. Toutefois, les auteurs font remarquer que la situation financière de nombreux aînés est toujours précaire et que ceux-ci pourraient joindre les rangs des pauvres proprement dits advenant une légère hausse du seuil de faible revenu.

Ces chiffres indiquent aussi que la situation économique des aînés varie selon le sexe. Selon Statistique Canada (tableau 3.1), il y a une importante différence entre les revenus des hommes et des femmes pour tous les groupes d'âge chez les personnes âgées de plus de 45 ans : plus d'hommes que de femmes ont un revenu annuel de plus de 20 000 $, 59 p. 100 comparativement à 40 p. 100. Cette différence peut être attribuée aux antécédents professionnels de chaque catégorie. Comme le fait remarquer Baker (1988), dans bien des cas, la pauvreté chez les femmes âgées est le fruit d'une vie de traitement discriminatoire ou de statut inférieur.

D'autres sources révèlent que les aînés en tant que groupe ont aussi d'importants besoins sur le plan de la santé. On ne semble pas s'entendre, toutefois, sur ceque coûtent les aînés à l'appareil de soins de santé, les chiffres avancés variant de 20 p. 100 à 50 p. 100 des

dépenses au chapitre de la santé (Conseil consultatif sur le troisième âge, 1994). Selon l'Enquête sociale générale de 1991, 72 p. 100 des aînés se disent en excellente santé. Toutefois, de nombreuses statistiques révèlent qu'en tant que groupe, les aînés ont plus de problèmes de santé que les plus jeunes. Il ressort de l'enquête *Elder Monitor* que les aînés et tout particulièrement les plus âgés ont plus de problèmes de santé que les personnes âgées de 50 à 64 ans (tableau 3.2) (Synergistics Consulting (Toronto), 1996). Des documents préparés par le CCNTA (Conseil consultatif sur le troisième âge, 1993c) révèlent que chez les aînés en 1987, 47 p. 100 des femmes et 44 p. 100 des hommes souffraient d'un handicap d'ordre physique ou mentai. En général, on constate que l'espérance de vie sans incapacité (c.-à-d. le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre sans handicap) diminue graduellement avec l'âge (Desjardins, 1993). En 1986, on estimait que les personnes âgées de 65 ans pouvaient s'attendre à vivre 8,8 années sans incapacité (8,1 pour les hommes et 9,4 pour les femmes).

TABLEAU 3.1

Revenu (personnel et ménage)

	< 10 000 $	10 000 $-19 999 $	20 000 $-39 999 $	40 000 $ +
45+				
Total	9 %	22 %	30 %	39 %
Hommes	6 %	19 %	30 %	45 %
Femmes	12 %	24 %	31 %	33 %
45-64				
Total	7 %	14 %	28 %	51 %
Hommes	6 %	12 %	26 %	56 %
Femmes	8 %	15 %	31 %	46 %
65+				
Total	14 %	38 %	34 %	14 %
Hommes	7 %	34 %	40 %	19 %
Femmes	19 %	41 %	30 %	10 %
80+				
Total	22 %	38 %	27 %	9 %
Hommes	15 %	34 %	37 %	12 %
Femmes	27 %	41 %	21 %	7 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur le vieillissement et l'autonomie, 1991b.

TABLEAU 3.2
Présence d'états pathologiques diagnostiqués

Pathologies diagnostiquées	Cardiaque	Arthrite	Squelettique	Articulations	Diabète	Pulmonaire	Cancer	Autre	Aucune
50-64	23 %	20 %	17 %	8 %	6 %	6 %	3 %	18 %	33 %
65+	40 %	32 %	20 %	10 %	11 %	8 %	8 %	17 %	17 %
80+	42 %	34 %	16 %	6 %	19 %	10 %	6 %	25 %	16 %

Source : Synergistics Consulting (Toronto), *Elder Monitor*, 1996.

Selon l'Enquête sociale générale de 1991 de Statistique Canada, les aînés affichent de façon générale un plus grand nombre de journées d'hospitalisation que les personnes d'autres groupes d'âge. En 1990, 17 p. 100 des aînés âgés de plus de 65 ans ont été hospitalisés au moins une journée à l'hôpital (19 p. 100 pour les hommes et 15 p. 100 pour les femmes) comparativement à 11 p. 100 pour l'ensemble de la population âgée de plus de 15 ans.

Les aînés sont hospitalisés plus souvent que les adultes d'âge moyen et ce, pour la plupart des maladies. Ces chiffres révèlent que leurs besoins généraux en matière d'hospitalisation évoluent en fonction de leur âge. Comme le montre le tableau 3.3, les maladies de l'appareil respiratoire comptent pour 6 p. 100 de tous les cas d'hospitalisation chez les hommes de 45 à 64 ans, mais pour 13 p. 100 des hospitalisations chez ceux qui ont plus de 75 ans. On note aussi une certaine évolution dans les motifs d'hospitalisation chez les femmes, selon l'âge. Ainsi, le taux d'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire augmente nettement avec l'âge : alors que ces maladies représentent 13,5 p. 100 de tous les motifs d'hospitalisation chez les femmes âgées de 45 à 64 ans, cette proportion augmente à 26 p. 100 chez celles qui sont âgées de plus de 75 ans. Il semblerait donc, d'après ces statistiques, que non seulement le recours aux soins de santé augmente avec l'âge mais qu'il évolue aussi sur d'autres plans. Selon un document cité par Baker (1988) toutefois, la plupart des services de santé assurés aux aînés seraient offerts à une minorité de personnes très âgées.

TABLEAU 3.3
Diagnostics-congés[1] pour les personnes âgées de 45 ans et plus par motif d'hospitalisation, grand groupe d'âge et sexe au Canada, pour l'exercice financier 1993

Principaux motifs d'hospitalisation	Hommes						Femmes					
	45-64 ans	%[2]	65-74 ans	%	75 ans et plus	%	45-64 ans	%	65-74 ans	%	75 ans et plus	%
Néoplasmes	1 194,46	9,5	4 017,06	13,2	5 656,97	11,0	1 603,73	13,8	2 596,59	11,5	2 903,79	7,2
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	398,45	3,2	1 075,49	3,5	2 073,74	4,0	427,39	3,7	1 117,83	5,0	2 285,91	5,7
Maladies de l'appareil circulatoire	3 115,20	24,7	8 530,25	28,0	13 668,65	26,6	1 565,25	13,5	5 054,29	22,5	10 442,71	26,0
Maladies de l'appareil respiratoire	764,11	6,1	2 803,72	9,2	66 743,17	13,1	792,62	6,8	1 922,03	8,5	3 777,04	9,4
Maladies de l'appareil digestif	2 052,53	16,3	3 750,68	12,3	5 408,97	10,5	1 792,82	15,4	2 728,04	12,1	4 111,58	10,2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	774,88	6,1	2 285,44	7,5	3 423,74	6,7	1 224,03	10,5	1 274,29	5,7	1 345,26	3,3
Maladies de l'appareil locomoteur	773,57	6,1	1 280,57	4,2	1 538,93	3,0	836,94	7,2	1 663,02	7,4	2 096,07	5,2
Total	12 605,85		30 414,94		51 478,39		11 611,73		22 499,94		40 197,04	
Séjour moyen (en jours)	9,9		14,0		20,6		10,2		15,7		28,1	

Source : Laboratoire de lutte contre la maladie, selon des données de Statistique Canada (Statistique hospitalière).

1. Diagnostics-congés : le nombre de diagnostics-congés dans une année donnée divisé par l'effectif moyen pour cette année (pour 100 000 habitants).
2. Pourcentage de tous les motifs d'hospitalisation. Le tableau ne donne que les principaux motifs, c'est pourquoi on n'obtient pas 100 p. 100 en additionnant tous les pourcentages de la colonne.

De façon générale, les besoins en matière de santé augmentent et évoluent avec l'âge des personnes visées, mais il ressort de recherches que certaines maladies devraient perdre de leur importance dans les années à venir. Baker cite les résultats d'une étude longitudinale rendue publique en 1987[21] selon lesquels les aînés de demain continueraient probablement de souffrir de maladies invalidantes non mortelles comme l'arthrite, le rhumatisme et divers désordres psychologiques, mais l'on aurait maîtrisé certaines causes de décès comme les maladies cardiovasculaires. Les documents du CCNTA viennent confirmer cette constatation : selon une étude citée par le Conseil, les coronaropathies ont diminué de 30 p. 100 pour les aînés de sexe masculin et de 35 p. 100 pour les aînées de sexe féminin entre 1971 et 1986 (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993c). Les progrès réalisés dans les sciences et les mesures de prévention notamment pourraient expliquer une telle amélioration. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire constituent toujours des problèmes de santé importants pour les aînés d'aujourd'hui. Comme nous l'avons montré, les aînés ont toujours besoin de services de santé poussés pour lutter contre ces maladies. Certaines mesures peuvent aider à prévenir ces maladies et d'autres : ainsi, l'activité physique aiderait à prévenir plusieurs maladies chroniques et peut réduire les effets invalidants d'autres affections (Santé Canada, 1995c; Sheppard, 1993). La recherche dont fait état Addleman (1995) montre aussi que les aînés peuvent maintenir et accroître leurs capacités intellectuelles par des activités mentales. Ce serait peut-être une bonne façon d'aider les aînés à continuer plus longtemps à voir à leurs propres besoins et à s'entraider sans devoir demander de l'aide de l'extérieur.

Pour ce qui est de la sécurité personnelle et des mauvais traitements, s'il est vrai que les aînés sont moins souvent victimes de crimes avec violence que le reste de la population, ils ont tendance à craindre plus que les autres d'être victimisés et à signaler plus souvent des

21. Simmons-Tropea, D., Osborn, R. « Diseases, Survival and Death: the Health Status of Canada's Elderly », *Aging in Canada; Social Perspective*, sous la direction de V. Marshall, p. 520-537, 1987, cité dans M. Baker, *Op. Cit.*

crimes aux autorités. On constate toutefois que les adultes âgés de plus de 60 ans sont victimisés par des membres de leur famille autres que leur conjoint, surtout leurs enfants, que ce soit des sévices, des vols ou d'autres crimes avec violence, plus souvent que les personnes d'autres groupes d'âge (18 p. 100 comparativement à 11 p. 100). On pourrait expliquer ce phénomène en faisant valoir que de nombreuses personnes plus jeunes qui sont victimes de tels crimes ne sont pas assez vieilles pour avoir des enfants susceptibles de les maltraiter de cette façon (données de 1988 à 1991) (Trevethan, 1992).

Comme on peut le voir par les données présentées au tableau 3.4, les aînés ont besoin d'une aide accrue au fur et à mesure qu'ils vieillissent : 57 p. 100 des personnes âgées de 45 à 64 ans disent recevoir de l'aide et cette proportion passe à 73 p. 100 chez les aînés âgés de 80 ans ou plus. Les données révèlent en outre que les femmes âgées ont surtout besoin d'aide pour se déplacer.

Selon les données citées par le CCNTA (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993h), 87 p. 100 des couples âgés ont une voiture. On relève toutefois d'importantes différences entre les hommes et les femmes : 80 p. 100 des aînés de sexe masculin ont un permis de conduire comparativement à seulement 37 p. 100 chez les femmes (Statistique Canada, 1993a). Il importe de noter cependant que les aînés qui habitent de petites localités peuvent avoir des difficultés au chapitre du transport. On signale dans les documents du CCNTA que de 25 p. 100 à 30 p. 100 des aînés qui habitent de petites localités n'ont pas de voiture et que très peu de petites localités offrent des services de transport en commun comme des autobus ou des taxis (données de 1990). Ce phénomène peut expliquer en partie le fort pourcentage d'aide au transport dont fait état le tableau 3.4.

TABLEAU 3.4

Aide reçue

	% d'aînés recevant de l'aide	Type d'aide reçue			
		Travaux domestiques	Repas	Transport	Soutien affectif
45+					
Total	58 %	35 %	30 %	30 %	35 %
Hommes	55 %	37 %	37 %	22 %	31 %
Femmes	62 %	33 %	23 %	36 %	39 %
45-64					
Total	57 %	35 %	32 %	27 %	38 %
Hommes	54 %	38 %	38 %	23 %	33 %
Femmes	59 %	32 %	26 %	32 %	42 %
65+					
Total	61 %	36 %	26 %	33 %	30 %
Hommes	56 %	37 %	34 %	20 %	26 %
Femmes	66 %	35 %	20 %	43 %	33 %
80+					
Total	73 %	50 %	33 %	49 %	33 %
Hommes	70 %	49 %	39 %	34 %	29 %
Femmes	75 %	51 %	29 %	57 %	25 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur le vieillissement et l'autonomie, 1991b.

Bien que de nombreux aînés aient des difficultés sur le plan du transport, ils préfèrent encore pour la plupart vivre chez eux (Walker, 1991). Selon des données de Statistique Canada citées dans des documents du CCNTA (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993i), la proportion de personnes âgées vivant dans des établissements a diminué entre 1981 et 1991. D'après les chiffres cités dans cette source, les aînés plus jeunes vivent en autonomie plus longtemps : entre 1981 et 1991, la proportion de personnes âgées de plus de 74 ans (c.-à-d. les aînés plus âgés) en établissement a grimpé de 82 p. 100 à 85 p. 100, tandis que dans l'ensemble, le pourcentage d'aînés vivant en établissement a diminué de 8 à 6,4 p. 100.

De nos jours, de nombreux aînés vivent seuls et les données recueillies indiquent que les aînés plus âgés sont plus nombreux à vivre seuls que les plus jeunes d'entre eux. Selon l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie (Statistique Canada, 1991b), 46 p. 100 des aînés âgés de plus de 80 ans qui ne sont pas en établissement vivent seuls[22]. Cette proportion grimpe à 59 p. 100 pour les femmes. Cette constatation peut être importante étant donné que l'isolement social, le veuvage et les sentiments de rejet sont quelques-uns des facteurs que l'on utilise pour expliquer le suicide chez les aînés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991). De même, il n'est pas clair si tous les aînés qui vivent seuls sont tout à fait en mesure de le faire : selon l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 29 p. 100 des personnes atteintes de démence vivaient seules en 1991 (soit un nombre estimatif de 34 800 au Canada). On laisse en outre entendre dans cette étude que 3 000 personnes atteintes de démence et qui vivaient au sein de la collectivité à l'époque n'avaient personne pour s'occuper d'elles (Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994).

De nombreux aînés se tournent vers leurs semblables pour de l'aide. Les aînés qui habitent dans la collectivité reçoivent 75 p. 100 de leurs soins de membres de leur famille, d'amis et de voisins plutôt que de travailleurs de la santé (Marshall, 1993). De nombreuses études effectuées au Canada et à l'étranger révèlent que, dans la plupart des cas, les aidants informels sont des femmes, notamment des épouses et des filles[23]. La source primaire d'aide est le conjoint de droit ou de fait (44 p. 100), suivi des filles (34 p. 100) (Statistique Canada, 1991b).

De façon générale, les femmes sont plus susceptibles d'offrir une aide non structurée et la plupart en assument les coûts. Ces derniers peuvent être d'ordre financier, physique, affectif ou psychologique. Selon une étude récente, ce serait tout particulièrement le cas de celles qui prennent soin d'aînés souffrant de démence : les aînés qui vivent dans la

22. En 1994, 18 p. 100 des aînés âgés de 80 ans et plus vivaient dans des établissements de soins de longue durée (Tully et Mohl, 1995).

23. Voir A. Walker (1991), Gee, E. et S. McDaniel (1993), M. Smith et C. Longino (1994), par exemple.

De façon générale, les femmes sont plus susceptibles d'offrir une aide non structurée et la plupart en assument les coûts. Ces derniers peuvent être d'ordre financier, physique, affectif ou psychologique. Selon une étude récente, ce serait tout particulièrement le cas de celles qui prennent soin d'aînés souffrant de démence : les aînés qui vivent dans la collectivité et qui souffrent de démence sont plus susceptibles de recevoir des soins d'une femme (75 p. 100) que ceux qui ne souffrent pas de démence (66 p. 100) (Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994). Cette recherche révèle en outre que 6 p. 100 des aidants informels ont un emploi à l'extérieur, ce qui fait qu'ils ont un double rôle. Les auteurs de cet article citent de nombreuses études qui font état de la souffrance psychologique, de la dépression et des autres changements affectifs qui entrent en ligne de compte quand on s'occupe d'une personne âgée atteinte de démence. Il semblerait aussi que la santé physique de l'aidant peut en être affectée. L'étude révèle que 10 p. 100 des aidants signalent avoir besoin de services additionnels (30 p. 100 dans le cas de ceux qui s'occupent d'une personne atteinte de démence); la demande la plus pressante est pour des soins de jour (9 p. 100 des aidants) (Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994). Les aidantes sont exposées de façon générale à des risques pour la santé et certaines d'entre elles expriment franchement le besoin d'une aide supplémentaire, mais comme le fait remarquer Walker (1991), ce partage entre les sexes des soins prodigués est toujours accepté par la société.

L'avenir des soins structurés dépend directement des dépenses publiques qui y seront consacrées à l'avenir. Toutefois, des facteurs sociaux peuvent avoir une incidence plus marquée sur les *soins prodigués par les aidants formels*: il semblerait d'après les tendances décelées au niveau des facteurs démographiques, de la structure familiale et de la participation au marché du travail que les sources bénévoles de soins soient aussi menacées. Une proportion plus élevée d'aînés, la tendance à privilégier des familles plus petites — c.-à-d. comptant moins d'enfants susceptibles de prodiguer des soins plus tard — ainsi qu'un taux de participation accru au marché du travail chez les femmes peuvent limiter les sources de soins bénévoles

offerts aux aînés. C'est ce qui porte de nombreux spécialistes[24] du domaine à dire qu'à l'avenir, il y aura une demande accrue des soins structurés à l'intention des aînés. Ces facteurs, conjugués avec le taux de divorce à la hausse, peuvent restreindre le nombre d'aidants potentiels[25] et entraîner une demande accrue de soins structurés; les décideurs actuels et futurs devraient donc en tenir compte.

Gee et McDaniel (1993) font remarquer toutefois que les décideurs tiennent pour acquises les sources non structurées de soins et qu'il y aurait donc lieu d'élaborer des stratégies d'appui aux aidants. Ces auteurs estiment qu'il faudrait cibler les femmes d'âge mûr, qui constituent le groupe le plus important d'aidants mais qui ont elles-mêmes besoin d'aide. Walker (1991) estime qu'il serait possible, du moins au Royaume-Uni, d'assurer une meilleure coordination entre les mécanismes structurés et non structurés de soins sans pour autant faire une distinction rigide entre les deux secteurs. D'ajouter l'auteur, il faudrait commencer par modifier les valeurs et attitudes professionnelles au sein du secteur structuré si l'on veut en venir à un partenariat entre les secteurs structuré et non structuré. Il s'agit essentiellement d'augmenter l'obligation des professionnels de rendre des comptes à la fois aux aînés et aux aidants. Dans le cas de soins visant à améliorer le bien-être des gens, un objectif à long terme serait d'amener les clients et les aidants à jouer un rôle plus actif que passif dans la définition des besoins et des mesures de politique visant à les combler. Toutefois, selon Walker (1991), les groupes de professionnels auront toujours un rôle important à jouer.

24. Par exemple, Chipperfield (1994), Gee et McDaniel (1993), Smith et Longino (1994).

25. Cela ajoutera aux pressions qui s'exerceront sur ceux qui devront se charger de prodiguer des soins à l'avenir. Certains observateurs américains vont jusqu'à dire que le phénomène du « Granny dumping » dans les urgences des hôpitaux aux États-Unis constituerait l'épidémie sociale du siècle prochain aux États-Unis, alors que des familles à bout de ressources sont incapables de continuer à s'occuper de parents ou d'autres membres de la famille qui vivent de plus en plus vieux. Il est ressorti d'une enquête non officielle effectuée par le *American College of Emergency Physicians*, que les services d'urgence enregistraient en moyenne huit cas d'abandon par semaine (Addleman R. B. « Eldercare: Out of the Institution and into the Community »,*Healthcare Forum Journal*, mai-juin 1995, p. 59).

Smith et Longino (1994) estiment qu'il y aurait aussi lieu d'assurer une certaine formation aux aidants. Quelles que soient les compétences de ceux qui prodiguent les soins, il est proposé de chercher à améliorer les qualités et compétences des aidants informels de façon à atténuer chez ces derniers l'effet négatif des tendances socio-démographiques et économiques mentionnées ci-dessus. Les auteurs font remarquer que les spécialistes de l'éducation du troisième âge devraient avoir un rôle plus important à jouer pour ce qui est de combler ce besoin d'information.

Certains auteurs laissent entendre que le nombre accru d'aînés et l'augmentation de la demande d'aide structurée pourraient donner lieu à des frictions entre générations. Comme Walker (1990: 387) le fait remarquer : « Le vieillissement est perçu comme étant un problème dans la mesure où cela présente un danger possible pour la croissance de l'économie et, par implication, pour la cohésion de la société. » Certains pourraient utiliser cet argument pour justifier des interventions spéciales de la part du gouvernement afin de promouvoir une image positive des aînés ainsi que des attitudes positives à leur égard. Les personnes autres que les aînés ont tendance à voir le vieillissement comme une plus grande source de problèmes que ne le font les aînés eux-mêmes; on note dans les publications citées dans l'article de Seccombe et Ishii-Kuntz (1991) que de nombreux enfants, adolescents, étudiants et adultes aux États-Unis considèrent que les aînés sont faibles, en mauvaise santé, dépendants, asexués, isolés des autres membres de la société, peu attrayants et de faible compétence. Dans les groupes de discussion organisés un peu partout au Canada (Tandermar Research, 1988), on a constaté en outre que les participants plus jeunes avaient tendance à mentionner les problèmes de mauvais état de santé, de difficultés financières et de solitude chez les aînés plus souvent que ne le faisaient ceux-ci.

Il semblerait que seulement une minorité d'aînés ont l'impression que le vieillissement est perçu de façon négative par les autres membres de la population; selon un sondage effectué auprès des bénéficiaires visés aux fins de la présente évaluation, 15 p. 100 des aînés considèrent que les autres voient le vieillissement et les aînés de façon négative,

35 p. 100 pensent que la perception des autres est assez positive, tandis que 45 p. 100 estiment que les autres ont des points de vue ambivalents à leur égard. Les opinions des clients du grand public sont moins positives : un client sur cinq estime que ces perceptions sont positives, alors que plus ou moins la même proportion (18 p. 100) a l'impression que les opinions sont négatives. La majorité des clients du grand public — 60 p. 100 — est d'avis que les non-aînés ont des points de vue ambivalents à leur égard. Comme on l'a mentionné plus tôt, la plupart des aînés estiment qu'il faudrait mieux informer le public en général au sujet des aînés et de la contribution qu'ils apportent à la société (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993b). Selon les conclusions de l'enquête effectuée aux fins de la présente évaluation, il ne s'agirait pas toutefois d'en faire la priorité au gouvernement. Les aînés (les bénéficiaires visés et les clients du grand public) ont indiqué qu'avant de se préoccuper d'améliorer la perception que l'on a des aînés, le gouvernement devrait s'efforcer d'augmenter ou du moins de maintenir le soutien qu'il offre aux services qui leur sont destinés pour ce qui est des soins de santé, des soins à domicile, du logement et du transport. Toutefois, 41 p. 100 des aînés du groupe des bénéficiaires visés et 45 p. 100 de ceux du groupe des clients du grand public ont indiqué que le gouvernement devrait augmenter l'appui qu'il accorde afin d'améliorer la perception que l'on a des aînés dans la population.

Les résultats de l'enquête *Repenser le gouvernement* révèlent que tous les groupes d'âge s'entendent pour dire qu'un régime public de soins de santé et la sécurité du revenu sont les besoins les plus importants des aînés : comme le montre le tableau 3.4, 44 p. 100 des personnes interrogées estiment que le besoin le plus important des aînés est un régime public de soins de santé, viennent ensuite la sécurité financière (35 p. 100) et la sécurité personnelle (12 p. 100). On relève toutefois certaines différences selon les régions : comme le montre le même tableau, un plus grand nombre de répondants des provinces de l'Atlantique (48 p. 100), de l'Ontario (51 p. 100), ainsi que du Manitoba et de la Saskatchewan (46 p. 100) sont d'avis qu'un régime public de soins de santé constitue le besoin le plus important chez les aînés.

TABLEAU 3.4
Besoin le plus important chez les aînés : *Repenser le gouvernement* (en pourcentage) (1)

Besoin le plus important		Groupes d'âge				Région					
	Total n=2 962	16-29 n=635	30-44 n=1 038	45-64 n=997	65 + n=276	Atlantique n=399	Québec n=984	Ontario n=872	Man./Sask. n=203	Alberta n=204	C.-B. n=300
Régime public de soins de santé	44	42	46	45	45	48	37	51	46	43	37
Sécurité financière	35	34	36	35	37	36	34	34	37	36	39
Sécurité individuelle	12	14	10	12	12	9	17	8	14	13	14
Logements spéciaux	6	7	6	6	3	5	9	5	2	6	6
Moyens de transport spéciaux	1	3	0	1	0	1	2	1	0	0	2

Source : *Repenser le gouvernement* (1996), Les Associés de recherche Ekos.

(1) En réponse à la question « *Voici une liste de besoins qui peuvent paraître importants de nos jours aux yeux des Canadiens âgés. À votre avis, quel est le besoin le plus important des personnes âgées?* »

On a aussi demandé aux experts qui ont participé à l'étude de dégager les besoins nouveaux relatifs à la santé, au bien-être et à l'autonomie des aînés au Canada. Les experts ont fait des observations des plus diverses sur un certain nombre de questions. Selon ces experts, les principaux problèmes qui font jour présentement portent, entre autres, sur les points suivants :

- les services, les problèmes touchant les vieillards (c.-à-d. les personnes âgées de plus de 85 ans) qui constitueront à l'avenir une proportion de plus en plus importante de la population des aînés;
- la recherche et les politiques sur l'incidence sur la santé et le revenu des travailleurs âgés et de ceux qui prennent une retraite prématurée;
- l'amélioration de la qualité des soins de longue durée et la recherche d'autres genres de soins qui soient plus abordables, plus souples et tiennent compte des besoins des consommateurs;
- les considérations morales des soins de santé et de bien-être;
- le soutien accordé aux aidants informels et au personnel qui assure des soins de première ligne aux aînés (p. ex., sur le plan de la formation, du soutien, de la supervision et de la rémunération);
- la démence;
- la discrimination en fonction de l'âge;
- des rôles productifs pendant plus longtemps lors de la retraite;
- les stratégies d'entraide.

De nombreux répondants que l'on a interviewés ont confirmé l'importance des besoins sur le plan de la santé et du revenu, de même que d'autres besoins nouveaux qui avaient été relevés par le groupe d'experts. Les répondants interrogés aux fins de la présente évaluation ont aussi noté les besoins suivants :

- un accès rapide aux services nécessaires pour les plus fragiles;
- une bonne nutrition;

- un logement adéquat;
- la protection contre le crime, la violence, la fraude et les escroqueries;
- la stimulation mentale;
- un transport adapté à faible coût (p. ex., des autobus avec marchepieds abaissés);
- de l'argent pour assurer la formation des aidants et leur fournir l'aide dont ils ont besoin;
- de l'information sur qui contacter pour obtenir des renseignements précis;
- de l'information sur les endroits où ils peuvent habiter lorsqu'ils sont en perte d'autonomie;
- le besoin de rester actifs afin de continuer à s'intégrer dans la société (vu l'évolution que l'on constate dans la société pour ce qui est des familles, de la sécurité sociale et des nouvelles technologies, il importe de s'assurer que les aînés ne soient pas laissés pour compte, qu'ils restent actifs et continuent à contribuer à la société);
- l'impression d'être utiles.

(a) Comparaison avec d'autres groupes « à risque »

Les soins de santé constituent un besoin important pour les aînés et de nombreuses statistiques citées jusqu'à maintenant dans ce document montrent que les aînés ont besoin de plus d'aide et de soins de santé que les autres. Bien sûr, le vieillissement en lui-même contribue à ces besoins en matière de santé mais d'autres facteurs entrent aussi en ligne de compte. Comme la santé est liée directement au revenu (Baker, 1988), de nombreux aînés sont exposés à des risques pour la santé et doivent avoir recours à une aide de l'extérieur à cause de leurs ressources financières et sociales restreintes. Comme on peut le lire dans le cadre théorique sur les aînés à risque rédigé par l'Association canadienne de gérontologie (1995), il

y a plusieurs situations présentant des risques : la mauvaise santé, les mauvais traitements, l'âge avancé, le faible niveau de revenu, le manque d'appui et la perte d'un proche ou le deuil. Toutefois, comme il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte, le fait de vivre une telle situation ne veut pas nécessairement dire que l'aîné est « à risque ».

Il faut plutôt envisager le risque comme étant le rapport entre trois éléments : les facteurs de risque, les ressources, et les expériences de vie. La façon dont ces trois facteurs influent les uns sur les autres déterminera jusqu'à quel point l'aîné visé est vulnérable. L'aide personnelle ou sociale qu'un aîné reçoit, c.-à-d. ses ressources, peut annuler les effets négatifs de facteurs de risque. Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus tôt, les statistiques révèlent que de nombreux aînés éprouvent plus de problèmes de santé que le reste de la population et que leur revenu est plus faible. Par ailleurs, il y a d'autres groupes vulnérables dans la population. Les aînés sont-ils en plus mauvaise posture que ces autres groupes sociaux? Cette question est d'une importance cruciale, compte tenu des contraintes financières actuelles du gouvernement. Seule une comparaison systématique de la situation des aînés et celle d'autres groupes permettrait de déterminer si les aînés sont plus à risque que les autres, ce qui dépasse la portée de la présente étude d'évaluation. Il existe toutefois des données statistiques publiées qui permettent de faire la comparaison entre la situation des aînés, des enfants, des immigrants et de la population autochtone.

Comparée à celle des enfants, la situation économique des aînés n'est pas bien meilleure : établi à 19 p. 100 (voir le tableau 3.5), le taux de pauvreté chez les aînés de 65 ans et plus n'est pas plus faible que celui d'enfants de moins de 15 ans (18 p. 100). Même s'il n'y a pas une différence considérable au niveau des taux de pauvreté, on ne peut ignorer la différence marquée pour ce qui est de la sécurité économique des aînés et le nombre disproportionné d'aînés qui dépassent à peine le seuil de pauvreté (Santé Canada, 1994a). C'est tout particulièrement important, car ces aînés ne pourraient pas se prévaloir des nombreux programmes offerts à l'intention des aînés vivant sous le seuil de la pauvreté.

TABLEAU 3.5
Statistiques sur la pauvreté

	Total (milliers)	Pauvres (milliers)	Répart. des pauvres dans la population	Taux de pauvreté*
Personnes seules — Selon l'âge				
Moins de 65 ans	2 400	830	70 %	35 %
65 ans+	880	360	30 %	41 %
Total	**3 300**	**1 200**	**100 %**	**36 %**
Toutes les personnes, selon l'âge				
Moins de 15 ans	5 500	1 000	24 %	18 %
15-34	8 500	1 400	34 %	17 %
35-64	9 500	1 200	29 %	13 $
65+	2 900	540	13 %	19 %
Total	**26 000**	**4 200**	**100 %**	**16 %**

Source : Totalisation spéciale — Recensement de 1991. Calculs effectués par Lochhead et Shillington (1996) pour le Centre de statistiques internationales, au Conseil canadien de développement social (CCDS).

* Représente la proportion de pauvres appartenant à ce groupe.

Pour ce qui est de la santé, les aînés sont malades plus souvent que les enfants[26] et comme l'indique le tableau 3.6, le recours aux services de santé sous forme de consultations médicales et de nuits d'hospitalisation est plus élevé chez les aînés que chez les jeunes de 15 à 24 ans. Toutefois, les statistiques révèlent que les jeunes sont plus susceptibles de se blesser

26. Comparativement aux aînés, peu d'enfants souffrent de maladies de longue durée comme l'arthrite, le diabète, les maladies cardiaques et pulmonaires. Moins de 1 p. 100 des enfants âgés de 14 ans ou moins souffrent de l'une ou l'autre de ces affections. Par contre, 8 p. 100 des aînés de plus de 65 ans souffrent d'affections pulmonaires, 11 p. 100 ont le diabète, 32 p. 100 font de l'arthrite et 40 p. 100 ont des troubles cardiaques (Synergistics Consulting [Toronto], *Elder Monitor*, 1996). L'incidence du cancer est aussi plus faible chez les enfants que chez les aînés, s'établissant à 1 p. 100 chez les moins de 19 ans (Santé Canada, 1995i) comparativement à 8 p. 100 chez les aînés de plus de 65 ans.

et qu'en général les blessures diminuent avec l'âge (Statistique Canada, 1994-1995). Enfin, même si les taux de suicide sont élevés chez les jeunes, ils sont comparativement plus faibles que chez les aînés, surtout les hommes (voir la pièce 3.1). Selon ces statistiques, environ 7 enfants de 10 à 19 ans sur 100 000 au Canada se sont suicidés en 1991 comparativement à environ 15 personnes sur 100 000 pour ce qui est des aînés de 60 à 69 ans, à environ 16 sur 100 000 pour les aînés de 70 à 79 ans et à environ 14 sur 100 000 pour ceux qui sont âgés de 80 ans et plus. Il semblerait donc qu'en tant que groupe, les aînés soient aussi vulnérables que les enfants, sinon plus.

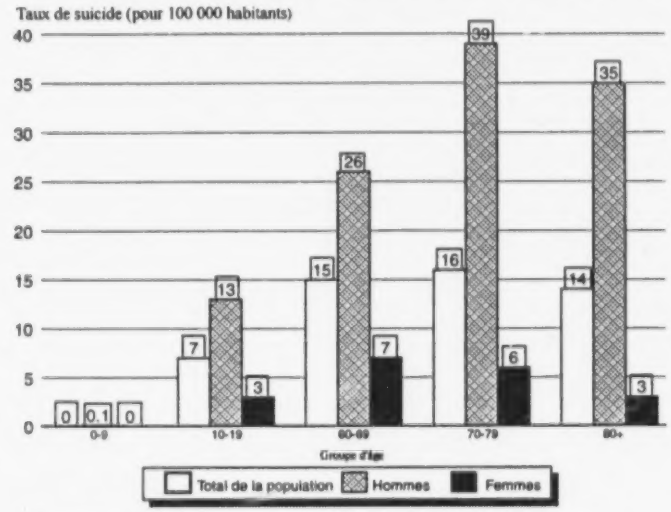
TABLEAU 3.6
Utilisation des services de santé chez les jeunes et les aînés

Groupes d'âge	Nombre de nuits d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois		
	Nombre de nuits (%)	1-2 nuits (%)	3 + nuits (%)
15-24 ans	90	4	6
65-74 ans	85	3	11
75+	78	4	18
	Nombre de consultations médicales au cours des 12 derniers mois		
	aucune (%)	1-2 (%)	3+ (%)
15-24 ans	16	45	38
65-74 ans	8	28	62
75+	6	21	69

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 1991b.

PIÈCE 3.1

Taux de suicide chez les enfants, les jeunes et les aînés en 1991



Source : Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services médicaux, document inédit, 1993. Commission royale sur les peuples autochtones, Choisir la vie : rapport spécial sur le suicide chez les autochtones, février 1995.

La situation économique des aînés est sensiblement meilleure que celle des Autochtones. Il ressort de l'enquête sur la pauvreté en milieu urbain effectuée par le Conseil canadien de développement social (Lochhead et Shillington, 1996) que le taux de pauvreté chez les personnes d'origine autochtone âgées de plus de 15 ans était de 30 p. 100 en 1991. C'est 11 points de pourcentage de plus que le taux de pauvreté des aînés de plus de 65 ans. Les immigrants constituent aussi un groupe pouvant être à risque. Selon une étude du Conseil canadien de développement social, le taux de pauvreté chez les minorités visibles se chiffrait à 27 p. 100 en 1991. C'est huit points de pourcentage de plus que le taux de pauvreté chez les aînés de plus de 65 ans. Les statistiques sur l'espérance de vie laissent aussi supposer que les Autochtones sont plus vulnérables sur le plan de la santé que le reste de la population en général; l'espérance de vie à la naissance des femmes autochtones est de 73 ans —

comparativement à 81 ans pour les femmes non autochtones; elle est de 65 ans pour les Autochtones de sexe masculin comparativement à 74 ans pour les non-Autochtones (ministère des Affaires indiennes et du Nord, 1989).

La documentation que l'on a examinée aux fins du présent projet renseigne très peu sur la façon dont on répond aux besoins de santé des immigrants. La seule étude examinée qui se penchait sur cette question était celle de Chen *et al.* (1996). Selon cette étude, si l'on se base uniquement sur le statut d'immigrant de ces personnes, sans tenir compte du nombre d'années écoulées depuis leur arrivée au Canada, rien n'indique que l'on ne répond pas à leurs besoins.

Il semblerait donc, d'après la revue de la documentation que l'on a effectuée aux fins de l'enquête, que les aînés sont exposés à plus de risques pour la santé que les enfants. Toutefois, les aînés ne semblent pas être plus vulnérables que les Autochtones. Quant aux immigrants, il ne semble pas y avoir d'études comparatives sur le sujet qui permettraient d'établir que les aînés sont plus vulnérables que les immigrants.

(b) Les groupes d'aînés à risque

Les statistiques disponibles montrent qu'à de nombreux points de vue, les personnes âgées sont exposées à plus de risques pour la santé que les enfants sans avoir nécessairement plus d'argent pour compenser. Comme on l'a déjà mentionné toutefois, les aînés constituent un groupe de population assez varié et les statistiques montrent qu'une proportion considérable d'entre eux est nettement plus exposée que les autres. D'après la revue de la documentation, trois sous-groupes d'aînés semblent être plus vulnérables que les autres personnes âgées.

- Puisque santé et revenu vont de pair, il ne fait aucun doute que les aînés à faible revenu constituent un segment important du groupe des aînés à risque. Comme on l'a noté plus tôt, on estime qu'environ une personne âgée sur cinq est « pauvre », une proportion qui grimpe à 41 p. 100 chez les personnes âgées qui vivent seules. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes comme le montrent les statistiques.

- Bien qu'ils représentent moins de 1 p. 100 de la population[27], les aînés autochtones sont toujours plus à risque que les non-Autochtones selon les statistiques sur la santé; à l'heure actuelle, l'espérance de vie à la naissance pour les femmes autochtones est de 73 ans comparativement à 81 ans pour les non-Autochtones; pour les hommes autochtones, l'espérance de vie est de 65 ans comparativement à 74 pour les non-Autochtones (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC), 1989).

- On estime aussi que les aînés des régions rurales ou éloignées sont davantage à risque parce qu'ils ont moins accès aux services, notamment aux moyens de transport en commun. Bon nombre d'aînés qui vivent dans ces régions ont aussi moins facilement accès aux services de santé spécialisés et aux soins de santé en général.

Bien que toutes les personnes âgées soient susceptibles d'avoir des ennuis de santé, les membres de ces sous-groupes semblent être plus vulnérables que les autres. De façon générale, le groupe d'experts s'est dit d'accord avec les sous-groupes établis. Un expert a proposé d'ajouter les chômeurs âgés comme sous-groupe, même s'il ne s'agit pas nécessairement de personnes âgées.

Les besoins des aînés et le besoin actuel de la SA/DVA : conclusions générales

Comme on l'indique dans la documentation à ce sujet, de nombreux aînés ont des problèmes de santé, ainsi que des difficultés sur le plan social et économique, et beaucoup d'entre eux ont besoin de plus d'aide que le reste de la population adulte. Mais cela justifie-t-il l'existence d'une division du gouvernement fédéral vouée essentiellement aux questions intéressant les aînés? Est-ce que la SA/DVA est toujours nécessaire?

27. . Quatre pour cent de la population autochtone est âgée de plus de 65 ans comparativement à 10 p. 100 pour l'ensemble de la population canadienne.

Selon les répondants interrogés dans le cadre d'entrevues, les aînés se préoccupent de questions de sécurité du revenu, de santé (notamment de mesures de prévention), de soutien social (aide accordée aux aînés pour les aider à maintenir un niveau approprié d'autonomie), de relations entre générations, de questions de morale, de participation à la vie de la société, de logement et de transport. Les soins de santé et le revenu sont les deux facteurs qu'ont mentionnés le plus grand nombre de personnes interrogées dans le cadre des entrevues et des enquêtes. Dans les enquêtes, on demandait aux gens de choisir parmi diverses possibilités celles qui à leur avis menaçaient le plus la santé, le bien-être et l'autonomie des personnes âgées au Canada. Selon les résultats obtenus, les trois facteurs les plus importants mentionnés par les deux catégories de répondants sont les soins de santé (37 p. 100 et 57 p. 100 des bénéficiaires et des clients du grand public, respectivement), la sécurité du revenu (26 p. 100 et 42 p. 100) et les compressions du gouvernement (19 p. 100 et 26 p. 100).

La plupart des études examinées sur le sujet viennent confirmer l'importance des facteurs santé et sécurité du revenu. Le rapport annuel *Elder Monitor* (1996) publié par Synergistics Consulting (Toronto) renseigne sur les besoins perçus par les aînés. Selon cette recherche, les aînés estiment que le revenu ou la sécurité financière est le principal facteur contribuant à leur bien-être (18 p. 100). Ce facteur arrive immanquablement au premier rang, quel que soit le sexe, l'état matrimonial ou la région. Il importe de noter que les experts ayant reçu une aide financière ont indiqué la sécurité économique et la santé comme étant les deux conditions principales qu'une intervention du gouvernement fédéral pourrait améliorer de façon significative.

Dans l'enquête *Repenser le gouvernement*, on demandait aux gens de choisir parmi cinq besoins possibles celui qu'ils jugeaient être le plus important de nos jours aux yeux des Canadiens âgés. Quarante-quatre pour cent des répondants ont indiqué un régime public de soins de santé, 35 p. 100 ont dit que c'était la sécurité financière, 12 p. 100 ont choisi la sécurité personnelle, 6 p. 100, le logement et 1 p. 100, le transport. Fait intéressant, il n'y avait pas de différence en fonction de l'âge, du sexe ou du niveau de scolarité.

La plupart des personnes interrogées dans le cadre d'entrevues estiment qu'il faut chercher à répondre à ces besoins et dans la grande majorité des cas, on s'entend pour dire que l'on a toujours besoin d'une division du gouvernement fédéral pour s'en charger. Le groupe d'experts était aussi de cet avis. De nombreux répondants ont justifié ce besoin continu en faisant valoir le vieillissement de la population et l'évolution des tendances sociales qui font qu'il y aura probablement diminution de l'appui de la famille à l'avenir. Plusieurs personnes interviewées estiment aussi que le gouvernement doit se préparer à répondre aux besoins des aînés de demain.

Plusieurs experts sont d'avis que l'absence de la SA/DVA aurait éventuellement un effet négatif sur la vie des aînés au Canada. Toutefois, on s'entend pour dire que les effets d'une telle décision ne se feraient pas sentir immédiatement, étant donné que l'on ne sait pas jusqu'à quel point la SA/DVA a eu une influence *directe* sur les aînés. Ce qui est plus clair, du moins selon les experts, c'est l'effet catalyseur qu'a eu la SA/DVA sur la recherche sur le vieillissement et les questions intéressant les aînés, ainsi que sur la défense et la promotion dans ce domaine. Sans l'apport de la SA/DVA, les questions touchant le vieillissement et les aînés perdraient de leur visibilité. En outre, la voix de ceux qui prennent la défense des aînés et militent en leur faveur pourrait perdre de sa force et il serait plus difficile de reconnaître les problèmes qui feront jour et de déterminer la façon d'y réagir. Les experts étaient d'avis que l'effet négatif se ferait sentir sur une longue période et selon l'un d'eux, pourrait éventuellement se traduire par une augmentation du taux de mortalité chez les aînés au Canada.

Les besoins prioritaires des aînés : examen des principales conclusions

De façon générale, les conclusions des enquêtes, de même que la revue de la documentation, montrent que pour les aînés les besoins les plus importants sont liés à la santé et au revenu. En outre, maintes sources estiment que les aînés qui vivent seuls (particulièrement les femmes), les Autochtones et ceux qui vivent dans des régions éloignées sont

particulièrement à risque et auraient besoin d'une aide plus importante que les autres groupes. La documentation à ce sujet fait état des besoins prioritaires suivants :

- Le soutien du revenu semble être un besoin fondamental pour de nombreux aînés.
- Les aînés en général et tout particulièrement les personnes très âgées ont d'importants besoins sur le plan des services de santé. Comme le mentionnent de nombreuses sources statistiques, bien des vieillards souffrent de maladies diverses, notamment des affections des appareils circulatoire et respiratoire, mais souffrent aussi de cancer et de troubles de l'appareil locomoteur.
- Étant donné que bien des aînés vivent seuls ou veulent conserver leur autonomie le plus longtemps possible, ils ont aussi d'importants besoins de soins et d'aide en général, besoins qui devraient s'accroître avec le temps selon la documentation.
- Les aînés doivent être tenus au courant de toute information et des conclusions de recherche susceptibles d'améliorer leurs conditions de vie. Cette information englobe toute une gamme de questions, y compris les façons de voir à ses propres besoins et de prendre soin d'autres personnes.

Bien sûr, on pourrait ajouter à ces besoins ceux du logement et du transport mais, pour les fins de la présente évaluation, on estime que ces trois groupes de besoins sont les plus importants. Pour répondre à ces besoins correctement, il faut prendre des mesures comme les services directs et les soins, la prévention, ainsi que les activités de recherche et d'information. Quel devrait donc être le rôle de la SA/DVA pour ce qui est de combler ces besoins et les autres besoins des aînés? Quelles mesures devrait-on entreprendre dans le cadre de la SA/DVA? Compte tenu du partage actuel des responsabilités entre les ministères fédéraux et provinciaux, il semblerait que ce soit une question d'évaluation d'une importance capitale.

3.2 Le rôle de Santé Canada et de la SA/DVA

La revue de la documentation, de même que les résultats des enquêtes et des entrevues, ont fait ressortir un certain nombre de besoins et de problèmes qu'éprouvent les aînés. La plupart des répondants estiment que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer à cet égard. Comme on l'indique dans la section qui suit, bien que certains répondants préféreraient voir une autre répartition des responsabilités, la plupart s'entendent pour dire qu'une division responsable des aînés au sein de Santé Canada a un rôle légitime à jouer pour ce qui est de répondre aux besoins des personnes âgées.

En outre, comme on l'a indiqué dans les sections qui précèdent, la santé est une question d'une très grande importance pour les aînés, ce qui pourrait justifier l'existence d'une division responsable des aînés relevant de Santé Canada au gouvernement fédéral. Avant de passer en revue ce qu'ont dit les répondants à ce sujet, nous examinerons le mandat du Ministère ainsi que la Stratégie d'amélioration de la santé de la population qu'administre Santé Canada, afin de mieux évaluer la logique de ce partage de responsabilités.

(a) Le mandat de Santé Canada

La *Loi sur le ministère de la Santé* (projet de loi C-95) adopté récemment par le Parlement, le 19 juillet 1996a) précise le rôle que doit jouer Santé Canada en ce qui a trait à la santé des Canadiens. Voici certaines des responsabilités décrites dans la *Loi* et qui sont conformes au rôle de Santé Canada en vertu de la SA/DVA :

- la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population du Canada;
- la protection de la population canadienne contre les risques en matière de santé et la transmission de maladies;

- les enquêtes et la recherche en matière de santé publique, notamment la surveillance des maladies;
- la collaboration avec les autorités provinciales et territoriales en vue de coordonner les efforts entrepris ou envisagés pour protéger et améliorer la santé de la population.

Ce qui distingue surtout la *Loi sur le ministère de la Santé* de la mesure précédente, la *Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social* (S. R. chapitre N-9, art. 1), qui était en vigueur lorsque la Stratégie à l'égard des aînés a été mise en oeuvre, c'est que les programmes de sécurité du revenu (c.-à-d. le Régime de pensions du Canada, la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti) et les programmes sociaux à frais partagés (en vertu du Régime d'assistance publique du Canada) ne relèvent plus de Santé Canada. Les programmes de sécurité du revenu ont été confiés à Développement des ressources humaines Canada (DRHC) en juin 1993. Même si, par suite de cette modification, on peut se demander qui devrait être responsable d'appliquer les programmes en vertu de la Stratégie à l'égard des aînés, Santé Canada a continué de se charger de cette initiative dans le cadre de son mandat.

Le rôle de Santé Canada, tel que décrit dans le *Budget des dépenses 1995-1996 de Santé Canada, partie III*, consiste à aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur état de santé. Le Ministère se préoccupe principalement de la santé des personnes, des familles et de la société, et il met l'accent sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé. Il assume, entre autres, les responsabilités suivantes :

- le soutien financier des provinces et territoires en matière de régime d'assurance-santé;
- la collaboration avec les provinces et les territoires pour le renouvellement du système de santé et pour la recherche de solutions à certains problèmes particuliers liés à la santé;
- la préservation de la santé et la protection du consommateur en réorientant et en renforçant le réseau canadien d'information sur la santé;

- l'avancement de la recherche en matière de santé publique;
- les activités ayant pour but d'améliorer les soins et les services de santé au Canada;
- les activités relatives à la prévention des maladies et à la promotion de la santé;
- les activités se rapportant aux difficultés éprouvées par certains groupes de la société (comme les femmes, les enfants et les personnes âgées).

Compte tenu du partage des responsabilités prévu dans la Constitution, une grande partie du travail du Ministère se fait en collaboration avec les autorités provinciales et territoriales. Bien que la Constitution confère la plupart des responsabilités en matière de santé aux provinces et territoires, seul le gouvernement fédéral peut établir une politique nationale et assumer un rôle de coordination en matière de santé, de même qu'établir des normes, lignes directrices et stratégies à l'échelle nationale.

Il est évident que les activités de la SA/DVA correspondent au mandat législatif du Ministère tel qu'il est énoncé ci-dessus, de même qu'à sa mission générale qui est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. Certains aspects de la SA/DVA sont aussi directement liés à des objectifs ministériels précis, tels qu'ils figurent dans le *Budget des dépenses 1995-1996 de Santé Canada, partie III* — par exemple, encourager un partenariat actif avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants dans le domaine de la santé; accorder davantage la priorité aux initiatives qui visent à éliminer les principales disparités en matière de santé au Canada; jouer un rôle d'orientation pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des stratégies de la santé.

La Stratégie d'amélioration de la santé de la population

L'un des quatre grands secteurs d'activités de Santé Canada est la Stratégie d'amélioration de la santé de la population (Santé Canada, 1995e). La Direction générale de la promotion et des programmes de la santé se charge des activités relatives à la santé de la population et presque toutes les activités de la SA/DVA y sont concentrées. L'approche axée sur la santé de la population porte sur la gamme complète de conditions et facteurs individuels et collectifs qui s'y rapportent (notamment les caractéristiques individuelles, les facteurs socio-économiques et les milieux physiques), ainsi que sur les interactions complexes entre ces derniers qui déterminent la santé et le bien-être des Canadiens (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, septembre 1994). Les stratégies visant à améliorer la santé de la population sont basées sur une évaluation de tous les facteurs et conditions de risque et d'avantage qui peuvent s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des sous-groupes précis. On tient aussi pour acquis que l'amélioration de la santé est une responsabilité partagée qui exige l'élaboration de politiques gouvernementales saines dans des secteurs autres que celui du système de santé traditionnel, ainsi que la collaboration entre différents secteurs et ordres de gouvernement. Comme Santé Canada a adopté une approche misant sur les déterminants de la santé et la santé de la population, la présence d'un service multidisciplinaire n'entre plus en conflit avec les responsabilités du Ministère.

Dans le cadre de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population, Santé Canada adopte une approche axée sur des données probantes afin de s'assurer que ses investissements ciblent les conditions qui ont la plus grande influence sur la santé des Canadiens. Sa démarche porte aussi sur le cycle de vie, c.-à-d. que les programmes visant à améliorer la santé de la population sont adaptés aux besoins et déterminants de la santé propres à trois étapes de vie — l'enfance et la jeunesse, l'âge moyen et l'âge avancé.

Les besoins des aînés : les résultats des enquêtes

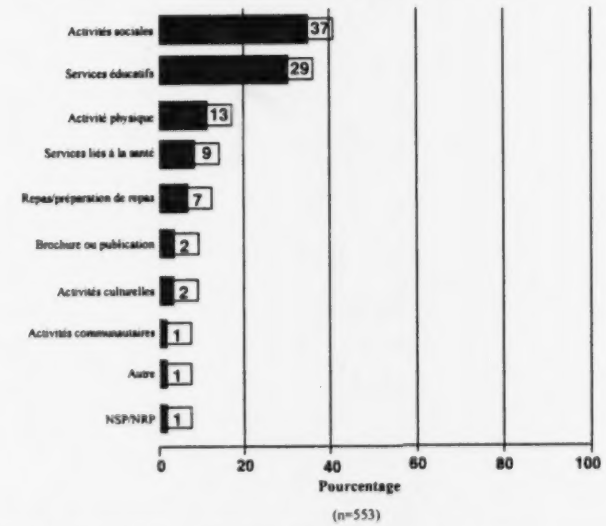
L'approche globale mise de l'avant dans le cadre de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population reconnaît l'influence que peuvent avoir sur la santé la société et d'autres facteurs environnementaux. À cet égard, l'approche multidisciplinaire de la SA/DVA semble cadrer avec la stratégie. La Division entreprend de nombreuses activités et se charge de plusieurs rôles portant sur toute une gamme de questions; comme on l'a mentionné plus tôt, les activités de la SA/DVA comprennent notamment la coordination et le soutien de la recherche, de même que le financement de projets.

Dans le cadre de l'enquête effectuée auprès des bénéficiaires visés, on a demandé aux répondants de décrire l'activité principale ou le service principal qu'ils avaient reçu en participant au programme. Comme le montre la pièce 3.2, les personnes interrogées ont mentionné en premier lieu les activités sociales (visant à réduire l'isolement et à promouvoir l'interaction) (37 p. 100), les services éducatifs/séances d'information (29 p. 100) et l'activité physique/conditionnement physique (19 p. 100). Neuf pour cent des répondants ont reçu des services liés à la santé, 7 p. 100 ont reçu des repas ou ont profité d'activités de préparation de repas, tandis que les autres répondants avaient participé à d'autres activités (7 p. 100). Bien que les répondants aient participé à des activités très variées, les résultats de l'enquête révèlent qu'un plus grand nombre d'aînés avaient reçu des services à caractère social ou éducatif. Selon l'enquête effectuée auprès des clients du grand public, 29 p. 100 des personnes qui se sont mises en rapport avec la SA/DVA pour obtenir de l'information ou qui figurent sur les listes d'envoi de la SA/DVA sont des aînés, ce qui montre qu'il y a des besoins d'information auxquels la SA/DVA permet de répondre.

PIÈCE 3.2

Activité principale : Points de vue des bénéficiaires visés

« Quelle était l'activité principale ou quel service principal avez-vous reçu? »



(n=553)

Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des bénéficiaires visés, 1996

(b) La pertinence des rôles : conclusions des entrevues et enquêtes

Dans le cadre de la SA/DVA, le gouvernement fédéral assume un rôle à la fois de coordination et de soutien pour ce qui est des activités de recherche et de surveillance, de l'élaboration de politiques, de l'élaboration de programmes communautaires à l'intention des aînés et de leur administration, ainsi que des activités d'information, d'éducation et de consultation. Bien que certains répondants préfèrent que l'on mette l'accent sur certains rôles plutôt que sur d'autres, la plupart des personnes interrogées au cours de l'étude s'entendent pour

dire que de façon générale, le rôle du gouvernement fédéral est pertinent, et ce, pour plusieurs raisons. La plupart des répondants interrogés lors d'entrevues conviennent qu'il est toujours nécessaire d'adresser les problèmes des aînés et du vieillissement par au moins un des rôles suivants:

- la politique et le leadership;
- la coordination au sein du gouvernement fédéral ainsi qu'entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les ONG;
- le partage de l'information avec les provinces et territoires et avec d'autres organismes ainsi qu'avec les aînés eux-mêmes;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- la défense des questions touchant au vieillissement et aux aînés.

De nombreuses personnes interviewées sont toutefois moins convaincues de la pertinence du rôle de la Division pour ce qui est des activités communautaires et de recherche. Même si la plupart conviennent que ces rôles sont pertinents au sein de la SA/DVA, ceux qui ne sont pas d'accord expriment les points de vue suivants :

- un certain nombre de fonctionnaires de Santé Canada (SC), qui disent par ailleurs beaucoup de bien du rôle de Santé Canada dans le financement de projets communautaires, ont tendance à trouver que les activités de recherche de la SA/DVA, tout particulièrement celles du PRAA, laissent un peu à désirer. Selon certains, la recherche ne cadre pas toujours avec les besoins des aînés et elle est probablement moins rentable que le financement de programmes communautaires, car les répercussions pour les aînés sont au mieux indirectes. Ces points de vue sont surtout ceux des fonctionnaires en poste dans les régions.
- D'autres répondants de Santé Canada, surtout des employés en poste à l'administration centrale ou prenant part à la recherche et à l'élaboration de politiques, de même que des membres du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés et ceux venant des provinces et territoires, font valoir qu'il y aurait lieu de repenser et de réduire le rôle de Santé Canada dans le financement de projets communautaires. Certains sont d'avis que les provinces et les territoires et les organismes communautaires sont mieux placés pour établir les priorités et mettre

en oeuvre les programmes à ce niveau. Les répondants disent que Santé Canada devrait se limiter à des projets pilotes et d'autres activités novatrices et à la diffusion des résultats.

Ce débat n'a pas été soulevé par les requérants dont la demande de subvention a été refusée et les bénéficiaires de fonds. Selon les résultats des entrevues, les bénéficiaires de fonds, de même que les requérants dont la demande de subvention a été refusée, ne sont pas chauds à l'idée de voir Santé Canada et la SA/DVA diminuer ou retirer leur soutien aux projets communautaires et de recherche.

Les deux répondants représentant les organismes centraux ont mentionné qu'il y aurait lieu de faire en sorte que le rôle et les objectifs du gouvernement fédéral portent sur des secteurs où il serait raisonnable de s'attendre à avoir du succès et que ce soit mesurable. Ces répondants mettent aussi en doute la pertinence du rôle de Santé Canada. D'une part, le Ministre est responsable de la santé et des aînés, et la promotion de la santé fait nettement partie de son mandat. D'autre part, la portée de la SA/DVA va beaucoup plus loin que les questions strictement de santé pour englober des dossiers et programmes qui se rapportent plus à la compétence d'autres ministères fédéraux, comme Développement des ressources humaines Canada (DRHC) (p. ex., les enjeux sociaux, la sécurité du revenu, le Régime de pensions du Canada).

Les intervenants interrogés ont examiné et écarté plusieurs rôles proposés pour le gouvernement. Par exemple, tous les intervenants (sauf un) s'accordent à dire que le gouvernement fédéral a toujours un rôle à jouer pour ce qui est de préserver la santé, le bien-être et l'économie des aînés au Canada. En ce qui concerne la compréhension des problèmes des aînés au sein de la société, quelques intervenants disent que cela viendra naturellement au fur et à mesure du vieillissement de la population. On estime donc que le gouvernement n'a pas nécessairement un rôle à jouer relativement à la perception qu'on a des aînés. Quoi qu'il en soit, on s'attend à ce que ce rôle diminue avec le vieillissement de la population. Toutefois, un intervenant juge que la SA/DVA n'est pas nécessaire parce qu'il n'y a rien de semblable pour les générations plus jeunes : « Il n'y a pas de division responsable des

personnes de 35 ans, alors pourquoi en avoir une pour les personnes plus âgées? » Cet intervenant propose d'intégrer tous les dossiers concernant les aînés dans le mandat de tous les ministères (y compris Patrimoine canadien et Développement des ressources humaines Canada) et de constituer un Conseil sur le vieillissement qui serait formé de représentants de divers ministères.

Tous les experts consultés s'accordent à dire qu'il est toujours nécessaire d'avoir des initiatives visant à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés. Toutefois, un expert venant de l'étranger a émis certaines réserves au sujet de la pertinence des programmes communautaires. Un autre expert aimerait voir élargir le mandat de la SA/DVA de façon à englober le groupe des travailleurs âgés ou qui ont pris leur retraite prématurément. Tous reconnaissent l'importance de la recherche en précisant que la SA/DVA doit maintenir son appui en ce qui a trait à la maladie d'Alzheimer, à l'ostéoporose, aux changements biochimiques, à la nutrition et aux médicaments. Il faudrait aussi subventionner plus d'études longitudinales.

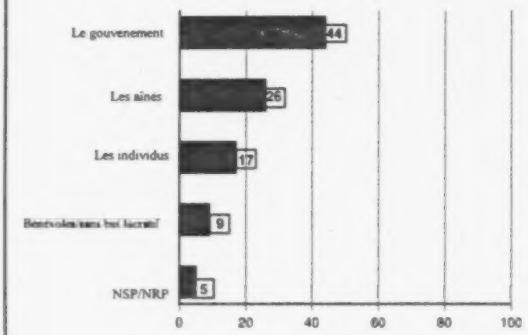
Les enquêtes auprès des bénéficiaires visés et des clients du grand public permettent de se faire une idée de ceux à qui ces groupes aimeraient confier la responsabilité pour ce qui est des questions intéressant les aînés et le vieillissement. Quand on leur a demandé qui devrait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, 44 p. 100 des bénéficiaires ont dit que ce devrait être le gouvernement. Vingt-six pour cent aimeraient que ce soient les aînés et 17 p. 100 ont dit que la responsabilité devrait revenir aux individus en général (pièce 3.3).

De l'ensemble des bénéficiaires visés qui ont dit que le gouvernement devait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, un peu moins de la moitié (49 p. 100) ont dit que ce devrait être le gouvernement fédéral. Un peu moins d'un tiers ont choisi le palier provincial ou territorial et une minorité — 13 p. 100 — a choisi l'administration locale ou municipale.

PIÈCE 3.3

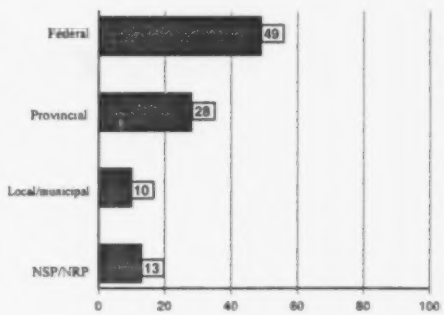
Responsabilité en ce qui concerne les aînés et le vieillissement : Points de vue des bénéficiaires visés

« En ce qui concerne les aînés et le vieillissement en général, qui devrait, à votre avis, avoir la responsabilité principale? »



(n=528)

Si la réponse est « Le gouvernement » : « Quel ordre de gouvernement devrait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement? »



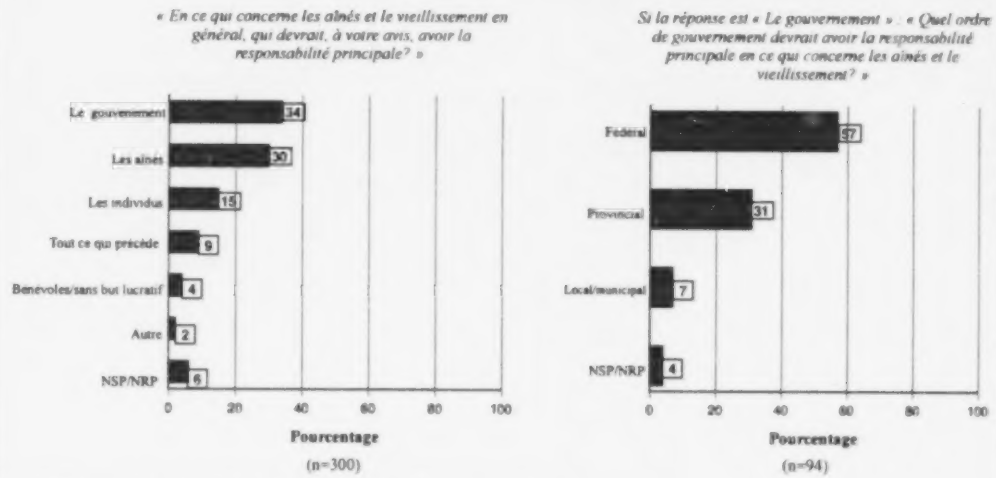
(n=222)

Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des bénéficiaires visés, 1996.

On a aussi demandé aux clients du grand public qui, à leur avis, devrait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement (pièce 3.4). Chez ces derniers aussi, la réponse la plus fréquente était le gouvernement (34 p. 100), dans une proportion un peu plus faible que chez les bénéficiaires (44 p. 100). Venaient en deuxième place les aînés eux-mêmes (30 p. 100 des répondants étaient d'avis que la responsabilité principale en ce qui concerne le vieillissement et les aînés revenait aux aînés). Les répondants ont choisi les individus et les organismes bénévoles ou sans but lucratif dans une proportion de 15 p. 100 et de 4 p. 100 respectivement.

PIÈCE 3.4

Responsabilité en ce qui concerne les aînés et le vieillissement : Points de vue des clients du grand public



Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des clients du grand public, 1996

De tous les clients du grand public qui ont dit que le gouvernement devrait avoir la responsabilité principale en la matière, plus de la moitié (57 p. 100) ont précisé que le gouvernement fédéral devrait s'en charger. Un peu moins d'un tiers des répondants ont choisi le gouvernement provincial ou territorial et une minorité — 7 p. 100 — a choisi l'administration locale ou municipale.

La majorité des bénéficiaires visés (63 p. 100) estiment que le gouvernement fédéral devrait maintenir son niveau actuel de soutien dans le domaine du vieillissement et des aînés. Trente-trois pour cent des répondants voudraient voir le gouvernement fédéral augmenter l'appui qu'il donne aux dossiers des aînés. Une petite minorité — 2 p. 100 — estime que le gouvernement fédéral devrait réduire son appui. Les répondants s'inquiètent aussi au sujet des programmes de soutien offerts actuellement aux aînés à faible revenu : 59 p. 100 des

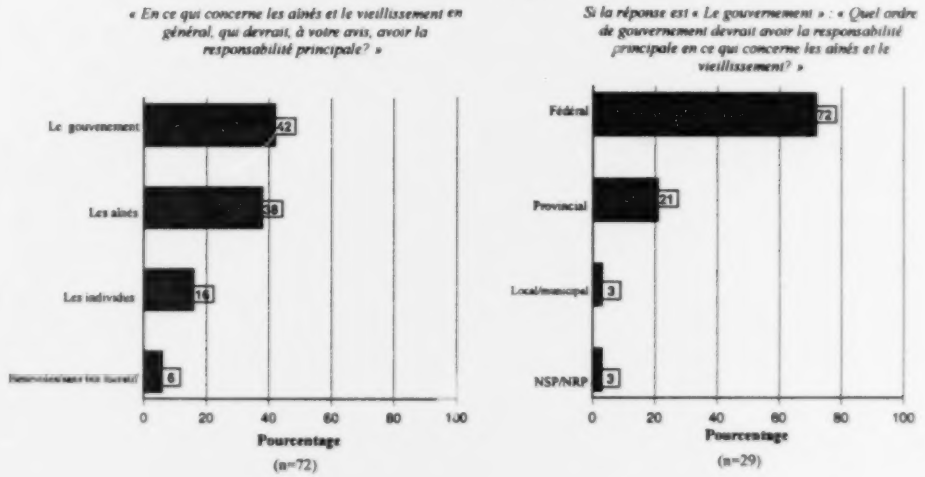
répondants croient que le gouvernement fédéral devrait augmenter l'aide qu'il accorde aux aînés à faible revenu.

De même, la majorité des clients du grand public (56 p. 100) croient que le gouvernement fédéral devrait continuer d'assurer le même soutien dans les dossiers relatifs au vieillissement et aux aînés. Trente-huit pour cent des répondants voudraient que le gouvernement fédéral augmente le niveau de son soutien à cet égard. Une petite minorité — 2 p. 100 — estime que le gouvernement fédéral devrait réduire son soutien. Les répondants s'inquiètent aussi des autres programmes de soutien offerts actuellement à l'intention des aînés à faible revenu : 66 p. 100 des répondants croient que le gouvernement fédéral devrait augmenter le soutien qu'il accorde aux aînés à faible revenu.

Chez les clients du grand public, les répondants âgés de 65 ans et plus (pièce 3.5) étaient plus nombreux que les autres à déclarer qu'ils voudraient voir les aînés eux-mêmes être responsables des dossiers qui les concernent (38 p. 100), mais la majorité des aînés du groupe des clients du grand public accorderait tout de même la responsabilité principale en la matière au gouvernement fédéral (72 p. 100 de ceux qui ont choisi la réponse « gouvernement »). La majorité des aînés du groupe des clients du grand public croient aussi que le gouvernement fédéral devrait maintenir son niveau de soutien dans le domaine du vieillissement et des aînés (67 p. 100). Vingt-neuf pour cent des répondants voudraient voir une augmentation du niveau de soutien que le gouvernement fédéral accorde aux aînés. Seulement 4 p. 100 estiment que le gouvernement fédéral devrait réduire le niveau de son soutien. En outre, 56 p. 100 des répondants croient que le gouvernement fédéral devrait augmenter le niveau de son soutien aux aînés à faible revenu.

PIÈCE 3.5

Responsabilité en ce qui concerne les aînés et le vieillissement : Points de vue des clients du grand public (aînés seulement)



Source : Enquête auprès des clients du grand public (aînés seulement), 1996.

Enfin, selon l'enquête *Repenser le gouvernement*, la plupart des répondants choisis parmi la population en général estiment que le gouvernement devrait augmenter l'appui qu'il accorde aux aînés. On avait demandé aux répondants s'ils pensaient que le gouvernement fédéral devrait augmenter son appui dans les dossiers du vieillissement et des aînés, le maintenir, le diminuer ou le supprimer. Dans le cadre de cette étude, 55 p. 100 des répondants étaient d'avis que le gouvernement devrait augmenter le niveau de son appui et 41 p. 100 pensaient qu'il devrait le maintenir au niveau actuel. Très peu de répondants (4 p. 100) ont dit qu'il fallait réduire le soutien ou le supprimer complètement. Ainsi donc, tout bien pesé, les répondants choisis parmi la population en général étaient sensiblement plus nombreux que ceux de l'enquête auprès des bénéficiaires visés (33 p. 100) et de l'enquête auprès des clients du grand public (38 p. 100) effectuées aux fins de la présente étude d'évaluation, à dire que le gouvernement devrait augmenter son soutien dans les dossiers des aînés et du vieillissement.

Il importe aussi de mentionner quelques différences notées entre les sous-groupes de répondants dans le cadre de l'enquête *Repenser le gouvernement*; la plupart des répondants de la région de l'Atlantique sont d'avis que le gouvernement devrait augmenter le niveau de son financement (63 p. 100 comparativement à de 46 à 57 p. 100). On note aussi d'importantes différences entre les groupes d'âge; les plus âgés parmi les répondants (65 ans et plus) étaient plus portés à dire que le gouvernement devrait maintenir son niveau actuel de soutien (53 p. 100) plutôt que l'augmenter (44 p. 100), tandis que ceux des catégories plus jeunes avaient plus tendance à dire que le gouvernement devrait augmenter le niveau de son soutien (16-29 ans : 60 p. 100; 30-44 ans : 56 p. 100; 54 p. 100 chez les personnes de 45 à 64 ans). En outre, ceux qui avaient fait des études plus avancées étaient moins nombreux à se dire en faveur d'augmenter le soutien : 51 p. 100 des répondants qui avaient fait des études universitaires étaient en faveur d'augmenter le soutien par rapport à 54 p. 100 chez ceux qui avaient fait des études collégiales et 59 p. 100 chez ceux qui avaient fait des études secondaires ou moins. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes étaient aussi en faveur d'une augmentation du soutien du gouvernement fédéral (61 p. 100 comparativement à 48 p. 100).

Ainsi donc, la plupart des répondants trouvaient que le gouvernement fédéral avait un rôle à jouer en ce qui concerne le vieillissement et les aînés. Un des experts, qui n'avait pas reçu de fonds, a nuancé cette constatation en faisant ressortir que, du fait des nombreux facteurs influant sur la santé, le bien-être et l'autonomie (le revenu, le logement, le transport), ce rôle n'était pas limité à Santé Canada. La plupart s'entendent pour dire que les aînés ont des besoins sociaux et de santé — comme on l'a montré plus tôt, la documentation disponible appuie cette constatation — et que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de coordination entre les ministères des ordres fédéral et provincial-territorial, ainsi qu'un rôle de collecte et de diffusion de l'information sur comment répondre à ces besoins, étant donné qu'il n'y a aucune autre autorité capable de le faire d'un bout à l'autre du pays. Une division fédérale responsable des aînés qui se chargerait de réunir et de diffuser de l'information sur les aînés et le vieillissement permettrait de faire des économies d'échelle dont pourraient profiter les

provinces et les territoires. La plupart s'accordent aussi à dire que le gouvernement fédéral devrait appuyer des activités de prévention, et plusieurs répondants ont fait valoir que les provinces avaient effectué des compressions au chapitre de la prévention. Toutefois, on n'est pas du même avis d'un groupe à l'autre quant aux rôles et mesures qui sont les plus pertinents. Comme nous l'avons indiqué, certains fonctionnaires de Santé Canada (tout particulièrement ceux affectés aux bureaux régionaux de régions moins favorisées) aimeraient voir plus d'activités qui profiteraient directement aux aînés, tandis que d'autres (surtout à l'administration centrale) pensent qu'il faudrait mettre l'accent plutôt sur la recherche et l'information.

De façon générale, les experts consultés étaient du même avis que les autres répondants pour ce qui est des rôles que devrait jouer Santé Canada. Voici les rôles que les experts jugent pertinents :

- élaboration de politiques et de lignes directrices; les politiques devraient être les plus larges possible pour pouvoir être adoptées par d'autres instances publiques, des organismes et le secteur privé — un expert a souligné l'importance de politiques horizontales et d'une action verticale et fait remarquer que le gouvernement fédéral devrait non seulement remplir les obligations qui lui incombent, mais encore veiller à ce que les gens aient accès aux services publics offerts par les autres ordres de gouvernement;

- conception de normes et de définitions nationales pour les programmes, la recherche et la pratique éthique, les mesures, les données et la formation se rapportant aux services;

- recherche (p. ex., détermination des besoins nouveaux) — y compris la diffusion des résultats;

- coordination et constitution de réseaux;

- financement; financement de programmes seulement dans des circonstances particulières (p. ex., réponse à des besoins nouveaux) (un expert subventionné);

- diffusion d'information sur les programmes et projets efficaces dans toutes les régions;
- consultation des bases de données existantes et des spécialistes.

(c) La pertinence de l'établissement d'un ordre de priorité selon le risque

Même si le Programme d'autonomie des aîné(e)s a toujours accordé la priorité aux aînés dont le besoin était le plus pressant depuis sa mise en oeuvre en 1988, les programmes Nouveaux Horizons (1993-1995) et Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés font depuis relativement peu de temps (depuis 1995) une distinction entre les niveaux de risque des aînés. Selon les personnes interrogées lors d'entrevues, ce changement d'orientation a d'importantes répercussions.

Les fonctionnaires de Santé Canada et certains répondants du CCNTA considèrent que ce changement était justifié, surtout dans un contexte de contraintes financières : à cause de compressions budgétaires, il faut maintenant choisir les projets plus attentivement et, en ce sens, il était logique de cibler des catégories d'aînés plus « à risque ». Selon certaines autorités provinciales et territoriales et d'autres intervenants, cette orientation était trop à courte vue : en fait, cela veut dire qu'en répondant aux besoins d'aînés à risque, on rogne sur les mesures de prévention à l'intention d'aînés en bonne santé. Comme nous l'avons déjà mentionné, il ressort de la revue de la documentation que des mesures de prévention comme l'activité physique peuvent aider à prévenir plusieurs maladies chroniques. Par ailleurs, certains répondants ont fait valoir qu'une approche ciblant les groupes à risque était trop limitative et que les mesures de prévention devraient viser tous les aînés, car tous les aînés sont essentiellement à risque. Pour de nombreux répondants, les projets devraient avoir une orientation de prévention qui atteigne un plus grand nombre d'aînés de façon à éviter des problèmes futurs. Un des experts consultés estime que les activités de prévention sont

importantes et devraient être au coeur du rôle de la SA/DVA. Un autre expert était du même avis et n'était pas d'accord avec la tendance actuelle voulant que l'on vienne en aide seulement à ceux qui sont déjà en difficulté.

Un répondant provincial-territorial fait état d'un continuum dans la situation des aînés en santé et de ceux qui ont de graves problèmes de santé. Selon ce répondant, les personnes qui sont à risque éprouvent déjà certaines difficultés (p. ex., un revenu restreint, vivent seuls) et il y a lieu de prendre des mesures pour prévenir de graves problèmes de santé chez celles-ci. En ce sens, l'exigence d'être « à risque » est pertinente et ne va pas à l'encontre de la mission « curative » des provinces et territoires, surtout si ces mesures sont mises en oeuvre en partenariat.

Certains observateurs considèrent toutefois que l'exigence d'être « à risque » ne fait que rendre les demandes de fonds encore plus difficiles à remplir. C'était tout particulièrement le cas de ceux qui ont demandé des fonds de Nouveaux Horizons en 1993 parce que, au départ, il n'y avait pas de définition nette permettant d'établir qui était vraiment « à risque ». Un grand nombre d'observateurs ont fait remarquer qu'il faudrait analyser les répercussions possibles de ce changement pour les associations d'aînés : beaucoup estiment qu'en ciblant les aînés « à risque », on ferait en sorte que les fonds iraient aux requérants plus « avertis ».

Pour certains, cela veut dire que les aînés et les organismes de la base qui les représentent ont une part moins active dans les projets financés que ce n'était le cas auparavant. En ce sens, ils ne sont pas en faveur de l'exigence d'être « à risque ». Par contre, d'autres répondants sont d'avis que la participation de professionnels plus jeunes qui sont associés à de telles demandes plus avisées — dans la plupart des cas, il s'agit de professionnels de la santé ou de spécialistes en gérontologie — ajoute à la portée d'un projet. Un autre aspect positif est que cela assure un mélange intergénérationnel. D'autres toutefois font valoir que, dans certains cas, les aînés n'avaient qu'une participation symbolique au projet, leur rôle se limitant à obtenir

des fonds. Pour ces observateurs, il y a lieu de remettre en question la pertinence de l'exigence d'être « à risque » à cause de ces effets secondaires du changement d'orientation.

3.3 Les secteurs de dédoublement ou de chevauchement

Le partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fait que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont une certaine responsabilité pour ce qui est de l'administration de programmes et de l'offre de services aux aînés. Ce partage des compétences a été établi pour la première fois dans l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique (AANB)* de 1867 (ministère de la Justice, 1982). Aux termes de l'AANB, les gouvernements provinciaux et territoriaux devenaient responsables des dossiers considérés comme étant de nature locale, y compris l'éducation, le bien-être, la santé et la propriété; par ailleurs, le gouvernement fédéral est responsable de la défense, des affaires étrangères et d'autres domaines qui ne sont pas attribués de façon précise aux provinces et territoires, et a le pouvoir primaire de prélever des impôts (Beatty, 1988; Ip, 1991; Lightman et Irving, 1991). Ainsi donc, la prestation des services de santé relève des provinces et territoires. Compte tenu de ce qui précède et des contraintes budgétaires actuelles, la question de dédoublement de programmes semble donc être une question d'évaluation d'une importance capitale.

(a) Les rôles et les responsabilités des provinces et des territoires

Les services de santé relèvent essentiellement des provinces et des territoires. Toutefois, les provinces et territoires sont tenus d'administrer leurs programmes de santé conformément aux principes et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, laquelle stipule

que le gouvernement fédéral doit partager avec les provinces et les territoires les frais des services médicaux (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991a). Ces principes s'établissent comme suit :

- l'intégralité des services assurés;
- l'universalité;
- la transférabilité interprovinciale;
- l'administration publique;
- l'accessibilité.

Les provinces et territoires qui ne respectent pas ces principes (p. ex., en faisant de la surfacturation) et les autres conditions de la Loi peuvent voir leur financement fédéral réduit. Toutefois, les relations fédérales-provinciales et territoriales dans ce domaine sont en pleine évolution et, de façon générale, on croit que le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux mis sur pied récemment accordera aux provinces et territoires une plus grande autonomie pour ce qui est de l'affectation des ressources en matière de santé.

En plus des services de santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont aussi le mandat législatif d'établir d'autres programmes portant, notamment, sur la sécurité du revenu et le logement (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991a). Même si la loi leur accorde cette compétence, seulement six provinces et les deux territoires se sont prévalus de cette prérogative pour établir leur propre programme de sécurité du revenu à l'intention des aînés et six provinces ont mis sur pied leur propre programme d'allocation de logement à l'intention des aînés. Les aînés reçoivent les services de santé offerts par leur province ou territoire; mais les provinces et territoires n'ont pas tous des structures gouvernementales chargées de s'occuper spécialement des besoins des aînés. Comme le montre le tableau 3.7, cinq provinces (la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique) ont actuellement des bureaux ou des directions chargés de s'occuper des aînés, et cinq provinces et territoires (la Nouvelle-Écosse, le Québec, le Manitoba, les Territoires du Nord-Ouest et la Colombie-Britannique) comptent actuellement un organisme consultatif représentant les aînés auprès du gouvernement.

(b) Les secteurs de dédoublement : résultats des entrevues

La section qui précède laisse entendre qu'il peut y avoir chevauchements entre la SA/DVA et certaines structures provinciales et territoriales. Beaucoup de répondants interrogés ont reconnu qu'il y avait chevauchement dans certaines régions, mais que ce n'était pas nécessairement négatif. Toutefois, la grande majorité des répondants estiment que les activités de la SA/DVA viennent compléter celles des provinces et territoires.

Bon nombre de répondants des provinces et territoires ont mentionné qu'il arrivait que l'on reprenne ce que font certains programmes provinciaux et territoriaux de financement qui ont des critères d'évaluation et de financement de projets communautaires semblables. Des répondants de Santé Canada (SC) font toutefois remarquer que l'on a mis en place des mécanismes officiels régissant la collaboration fédérale-provinciale-territoriale afin de faciliter la coordination et le partage d'information (p. ex., des comités de travail et des comités composés de hauts fonctionnaires), ainsi que de faire en sorte que les provinces et territoires aient un rôle important à jouer dans l'examen des projets dans le cadre du processus de sélection. La plupart des répondants des provinces et territoires estiment toutefois que les relations entre les autorités provinciales et territoriales sont faites « à distance » et qu'il y a parfois chevauchement à cause du manque de communication entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales au niveau des régions.

TABLEAU 3.7
Structures provinciales-territoriales s'occupant des questions touchant les aînés[1]

	Terre-Neuve	Nouvelle-Écosse	Î.-P.-É.	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	T. N.-O.	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon
Bureau ou direction responsable des aînés		√		√			√			√	√	
Organisme consultatif		√			√		√	√			√	
Soutien pour la recherche sur les aînés	√				√		√			√	√	

1. En date de novembre 1996.

Nota : À Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, c'est le ministère de la Santé qui s'occupe des questions touchant les aînés. En Saskatchewan, c'est le ministre des Services sociaux qui s'en occupe. Au Québec, les questions intéressant les aînés relèvent du ministère des Relations avec les citoyens et de la Citoyenneté. En Ontario, le ministre de la Santé et un ministre sans portefeuille se partagent cette responsabilité.

Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, la plupart des répondants du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés s'accordent à dire que les provinces et territoires, de même que les collectivités, sont plus près des aînés. On craint que la prestation directe de services puisse constituer une intrusion indésirable dans un secteur de compétence provinciale-territoriale et que cela pourrait entraîner un chevauchement avec des activités déjà en cours au niveau local. Les répondants du CCNTA ont reconnu qu'il y avait chevauchement possible entre le travail du CCNTA et d'autres conseils provinciaux semblables. Toutefois, tous s'entendent pour dire que le CCNTA et les comités provinciaux mis sur pied pour conseiller les gouvernements provinciaux sur les questions intéressant les aînés se complétaient de façon générale.

On a demandé aux bénéficiaires de fonds s'il y avait chevauchement entre leur projet et les activités d'autres ministères fédéraux, provinciaux ou territoriaux ou d'organismes non gouvernementaux. Aucun répondant n'a dit qu'il pensait y avoir chevauchement, mais il faut préciser que bien des répondants de l'extérieur du gouvernement, surtout chez les aînés, reconnaissent franchement qu'ils ne connaissent pas suffisamment les programmes gouvernementaux pour pouvoir se prononcer sur les dédoublements possibles et d'autres questions touchant les activités de la SA/DVA autres que celles qui les concernent directement. Plusieurs répondants ont fait remarquer que les partenariats établis dans le cadre de leur projet permettaient une certaine complémentarité entre projets et, en fait, permettaient d'éviter les chevauchements dans la prestation de services. Quelques-uns des bénéficiaires de fonds croyaient aussi que leur projet venait compléter les activités d'autres organismes.

L'enquête auprès des bénéficiaires visés fournit un autre indicateur de chevauchements possibles entre les activités subventionnées par la SA/DVA et d'autres services et activités dans leur collectivité. Selon l'enquête, 73 p. 100 des répondants n'étaient pas au courant d'autres programmes ou projets dans leur milieu qui offraient des services ou activités semblables à ceux du projet de la SA/DVA auquel ils participaient. Parmi ceux qui étaient au

courant de programmes ou services semblables (24 p. 100), moins de la moitié y avaient participé (47 p. 100), soit 11 p. 100 de l'échantillon total.

Quant aux experts consultés, ils étaient d'avis que le chevauchement était infime, voire inexistant. Ils estimaient qu'il devrait y avoir plus de coordination et de collaboration, à la fois au sein du gouvernement fédéral et entre les divers secteurs de compétence et les organismes intéressés. Selon un expert, même s'il y avait chevauchement, cela ne suffirait pas pour justifier l'élimination de certains programmes parce que l'on fait si peu à l'heure actuelle pour répondre aux besoins sur ce plan.

À noter que selon les répondants, les programmes et initiatives à l'intention des aînés varient énormément selon la province ou le territoire. Des provinces et territoires ont un bureau ou une direction responsable des aînés, tandis que d'autres (tout particulièrement les plus importants) subventionnent des projets communautaires ou des projets de recherche semblables à ceux qui reçoivent des fonds dans le cadre de la SA/DVA. Par ailleurs, d'autres provinces et territoires ont très peu de programmes à l'intention des aînés. Toutefois, dans l'ensemble, il ne semble rien y avoir au niveau provincial ou territorial d'aussi poussé que la SA/DVA (avec toutes ses fonctions et activités).

La revue de la documentation entreprise aux fins de la présente étude d'évaluation ne fournit pas suffisamment de renseignements sur ce que font d'autres pays à cet égard pour permettre une véritable comparaison avec le partage des responsabilités en matière de santé au Canada. Il semblerait y avoir une tendance à l'entraide et aux soins communautaires (Suède, Norvège, France et Danemark), mais il est difficile de comparer l'efficacité de ces expériences et le cadre qui les appuie avec ceux d'autres pays. Les principes philosophiques sociaux et l'organisation politique varient d'un pays à l'autre (Examen de la politique sur les aînés et le vieillissement, janvier 1994) et ce qui fonctionne dans un pays peut fort bien ne pas marcher ailleurs. Qui plus est, d'autres facteurs peuvent influer sur la possibilité d'adapter les

programmes d'autres pays, comme par exemple les différences dans le coût de la vie et la présence d'autres avantages dont on peut ignorer l'existence (p. ex., les coupons alimentaires et le logement subventionné) (Baker, 1988).

CHAPITRE

4 RÉALISATIONS DU PROGRAMME

Nous abordons dans ce chapitre les nombreux éléments variés qui nous aident à déterminer les réalisations du programme, notamment la prestation et la coordination du programme, l'atteinte des objectifs, les répercussions prévues et imprévues ainsi que les points forts et les points faibles du programme.

4.1 La prestation et la coordination du programme

(a) La prestation du programme

La prestation du programme englobe diverses activités relatives aux procédures et aux systèmes qui contribuent à fournir les produits et les services à tous les clients intéressés. Dans la présente évaluation, les entrevues et l'enquête menée auprès des clients du grand public nous ont permis de recueillir des réponses aux questions portant sur la prestation du programme.

Dans le cadre de l'enquête auprès des clients du grand public, on a interviewé des gens qui se sont adressés à la Division (par téléphone, par télécopieur ou par d'autres moyens) pour obtenir

des conseils spécialisés, de l'information, des documents ou des services d'aiguillage. Il s'agissait de personnes âgées et d'autres plus jeunes. Certains des répondants figuraient sur les listes de distribution de la SA/DVA ou du CCNTA. On a demandé aux personnes interviewées comment elles avaient entendu parler des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés, pourquoi elles avaient communiqué avec le Ministère, comment elles ont obtenu les renseignements qu'elles désiraient ou si elles étaient satisfaites des services qui leur avaient été offerts.

La connaissance de l'existence de la SA/DVA et les motifs des démarches auprès de la Division

Selon les résultats de l'enquête, les clients du grand public ont entendu parler de la SA/DVA de diverses façons : 27 p. 100 d'entre eux ont découvert les programmes de Santé Canada en lisant une publication; 20 p. 100 en ont été informés par un professionnel de la santé ou un agent du service social; 12 p. 100 ont appris leur existence par l'entremise d'une organisation ou d'une association d'aînés; 14 p. 100 en ont pris connaissance en lisant un dépliant, une brochure ou une annonce publicitaire; 6 p. 100 l'ont appris d'une autre personne et 16 p. 100 les ont découverts d'une autre source (et environ 5 p. 100 des répondants avaient oublié).

Ceux qui se sont adressés à Santé Canada pour demander des renseignements considèrent la SA/DVA comme une source d'information générale sur les services gouvernementaux conçus à l'intention des aînés : 37 p. 100 des clients ont communiqué avec la SA/DVA pour obtenir des renseignements sur d'autres programmes gouvernementaux. Par contre, 25 p. 100 des clients ont contacté les dirigeants du programme pour obtenir une publication ou une étude sur les questions relatives aux aînés, tandis que 16 p. 100 l'ont fait pour obtenir des données sur un sujet bien précis. Enfin, 9 p. 100 désiraient obtenir des renseignements sur la façon d'obtenir ou de demander une subvention.

Les clients communiquent le plus souvent avec la SA/DVA pour obtenir des services de soutien social, puisque 37 p. 100 des répondants se sont adressés à la SA/DVA pour obtenir des renseignements, des conseils ou des services d'aiguillage justement à ce sujet. Par ailleurs, 31 p. 100 des répondants ont contacté la SA/DVA pour obtenir des renseignements de nature financière, notamment à propos des pensions.

Les résultats et niveaux de satisfaction

Selon les résultats, 90 p. 100 des clients qui ont présenté une demande ont obtenu les renseignements qu'ils désiraient : 72 p. 100 d'entre eux ont reçu les renseignements par le courrier; 26 p. 100 les ont obtenus au téléphone et seulement 10 p. 100 ont été renvoyés à une autre organisation[28]. Ces résultats sont particulièrement positifs du fait que 37 p. 100 des demandes de renseignements portaient sur des programmes offerts par d'autres ministères.

Par conséquent, les niveaux de satisfaction sont relativement élevés; 80 p. 100 des clients du grand public ont déclaré que leur contact avec le ou les programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés correspondait à leurs attentes. Les répondants plus jeunes étaient plus susceptibles que les aînés à déclarer que leur contact avec le programme correspondait à leurs attentes (85 p. 100 par rapport à 67 p. 100), et les répondants figurant sur une liste de distribution étaient plus susceptibles que les clients ayant simplement présenté une demande de renseignements à affirmer que leur contact correspondait à leurs attentes (85 p. 100 par rapport à 72 p. 100).

Les répondants à l'enquête auprès des clients du grand public ont été priés d'évaluer leur niveau de satisfaction en fonction d'un certain nombre de dimensions. En tout, les clients étaient satisfaits des renseignements et des services qu'ils avaient reçus des

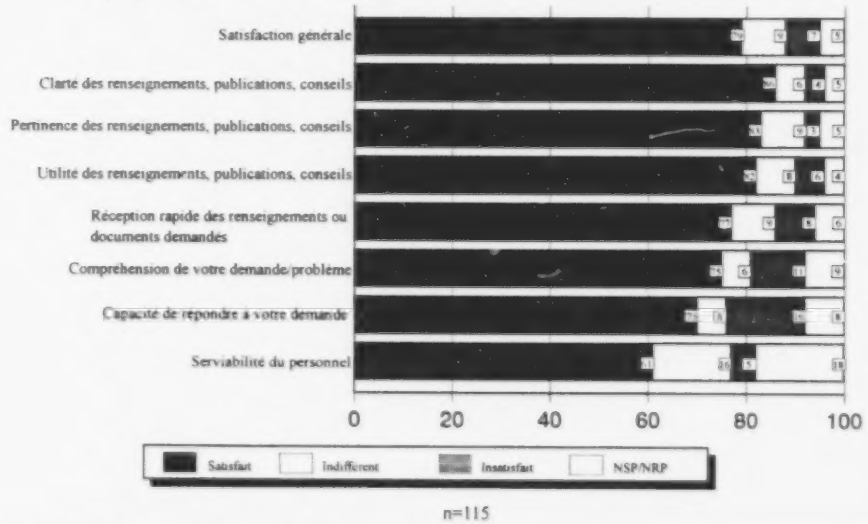
28. Certains répondants ayant obtenu des renseignements de diverses sources, la somme des pourcentages dépasse 100.

programmes de Santé Canada concernant le vieillissement et les aînés (79 p. 100) (voir la pièce 4.1). Plus de 80 p. 100 des clients étaient satisfaits de la clarté, de la pertinence et de l'utilité du renseignement, de la publication ou du conseil reçus de Santé Canada. Dans un deuxième temps, on a évalué le service reçu du programme lui-même, où l'on a observé un niveau de satisfaction quelque peu inférieur. Entre 70 et 77 p. 100 des clients du grand public étaient satisfaits de la rapidité du service, de la compréhension de leur demande et de la capacité du personnel de répondre à leur demande. Environ 60 p. 100 des clients étaient satisfaits de la serviabilité du personnel[29].

PIÈCE 4.1

Satisfaction : Points de vue des clients du grand public

« Que pensez-vous des renseignements et des services que vous avez reçus des programmes de Santé Canada sur les aînés et le vieillissement ? »



n=115

Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des clients du grand public, 1996.

29. Il convient de noter que 18 p. 100 des répondants ont déclaré qu'ils ne savaient que répondre à cette question.

Enfin, les autres sources de renseignements ou de conseils ont également été examinées dans le cadre de cette enquête. Soixante pour cent des répondants ne pensaient pas qu'il existait d'autres sources de renseignements ou de conseils. Vingt-trois pour cent pensaient qu'ils auraient pu obtenir les mêmes renseignements ou les mêmes conseils d'un groupe ou d'une agence autre que la SA/DVA. Parmi ceux qui ont déclaré qu'il existait d'autres sources d'où ils auraient pu obtenir les renseignements ou les conseils qu'ils désiraient, 77 p. 100 avaient reçu des renseignements de ces groupes ou agences. Dix-neuf pour cent des répondants ont soutenu qu'ils auraient pu recevoir un meilleur service de ces autres groupes ou agences.

Les procédures administratives

Les requérants subventionnés qui ont été interviewés dans le cadre de cette évaluation ont été priés d'exprimer leur opinion sur les procédures administratives associées au processus de demande de financement ainsi que sur le niveau et la durée du financement. Les requérants non subventionnés avaient également des observations à faire au sujet du processus de demande et d'approbation.

En ce qui concerne le processus de demande de financement, la plupart des requérants connaissaient les objectifs du programme auquel ils se sont adressés. Bon nombre des requérants subventionnés et non subventionnés ont trouvé que le délai accordé pour remplir les demandes de financement était très court. Apparemment, bien des gens ont appris de diverses sources (p. ex., Santé Canada, des professionnels de la santé) qu'ils pouvaient obtenir une subvention pour divers genres de projets. Le problème, c'est que la plupart des requérants obtiennent ces renseignements sur le financement possible de leur projet à peine quelques semaines avant la date limite, surtout ceux qui apprennent l'existence de ces subventions par des personnes interposées, comme un spécialiste en gérontologie. Certains candidats non subventionnés ont vu leur demande rejetée parce qu'ils l'avaient présentée quelques jours en retard. La plupart, mais

pas la totalité des requérants non subventionnés, ont été informés de la raison pour laquelle leur projet avait été rejeté. Un seul requérant n'a obtenu aucune explication. Dans bien des cas, les demandes ont été rejetées parce que le projet ne satisfaisait pas aux exigences (ne visait pas, par exemple, les aînés à risque) ou parce que les ressources n'étaient pas suffisantes pour financer ce genre de projet.

Presque la moitié des requérants subventionnés ont affirmé que le processus de financement était extrêmement lent; des répondants ont déclaré qu'ils avaient dû attendre extrêmement longtemps avant qu'on leur dise si leur projet était subventionné ou non. Ces délais peuvent être attribuables aux nombreux intervenants de Santé Canada qui participent au processus, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Division. Après avoir appris que leur demande était approuvée, les bénéficiaires d'une subvention avaient également très peu de temps pour lancer leur projet. Un répondant faisait valoir que les ONG avaient besoin de temps pour recruter des bénévoles et mettre sur pied leur projet; les ONG signalaient qu'ils devaient se plier à de nombreuses conditions, ce qui fait qu'ils ont beaucoup de mal à respecter les multiples délais qui leur sont imposés.

La majorité des bénéficiaires d'une subvention trouvent les autres exigences et procédures administratives raisonnables. De nombreux bénéficiaires étaient ravis de l'appui que leur a procuré le personnel de Santé Canada tant au niveau régional que national. Les répondants estiment que les relations sont généralement bonnes et que le personnel est bien informé et serviable.

Le niveau et la durée du financement

La plupart des bénéficiaires d'une subvention sont satisfaits du niveau de financement qu'ils ont reçu. Conscients du fait que le Ministère subit des compressions budgétaires, les répondants estiment que le niveau de financement est raisonnable. Un seul

répondant a déclaré que le niveau de financement était insuffisant. Certains répondants représentant des ONG plus grands préféreraient obtenir du financement pour de plus longues périodes; des subventions de trois ans leur permettraient, par exemple, de mieux planifier leurs activités. Selon de nombreux intervenants qui représentaient des organismes subventionnés, les organismes sans but lucratif doivent planifier longtemps d'avance et les subventions du secteur public constituent un élément important de leurs prévisions.

(b) Les activités de coordination

Selon la *Loi sur le ministère de la Santé* (projet de loi C-95 adopté par le Parlement le 19 juillet, 1996a), l'un des rôles de Santé Canada consiste à collaborer avec les autorités provinciales et territoriales en vue de coordonner les efforts entrepris ou envisagés pour protéger et améliorer la santé de la population. Par conséquent, il existe au sein de la Division un Bureau de la consultation, de la coordination et de la création de partenariats qui est chargé d'assumer une fonction de coordination, conformément au mandat confié à Santé Canada. Ce bureau ainsi que d'autres intervenants de la SA/DVA, comme les responsables des programmes de financement et le personnel du Bureau de la politique stratégique, appuient et stimulent la consultation et la coordination en matière de politique.

Selon Marshall, le Canada compte sur toute une série non coordonnée d'initiatives en matière de vieillissement et de santé à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale (1993: 161). L'auteur signale entre autres qu'on est parvenu à une certaine coordination intergouvernementale, mais que la coordination entre le gouvernement fédéral et les provinces laisse à désirer (1993: 154). Il observe aussi une pénurie de données et l'absence de diffusion des données : la plupart des provinces n'ont pas les ressources nécessaires pour recueillir et exploiter des données sur la santé. Par ailleurs, il existe de nombreuses sources

d'information, mais la comparaison systématique des données sur les services de santé et les soins de longue durée est difficile, faute de définitions reconnues ou uniformes en ce qui concerne les niveaux de soins offerts dans les diverses régions du Canada.

Toutefois, ces observations ont été publiées en 1993. Il n'est donc pas surprenant de constater que la situation a évolué depuis que Marshall a publié ses constatations. En 1994, le Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés a été créé et les travaux en vue de l'élaboration d'un cadre sur le vieillissement ont été entrepris. Le cadre lui-même a été officiellement approuvé en juin 1996. La mise sur pied de la Direction des aînées et des aînés de même que les consultations menées auprès des autorités provinciales et territoriales sont autant d'initiatives prises en vue d'améliorer la coordination entre les divers ordres de gouvernement en ce qui concerne les questions relatives au vieillissement. De nombreux répondants ont fait valoir que les structures en place ont facilité les échanges entre les ministères fédéraux et provinciaux. La plupart des employés de Santé Canada interviewés pensent que la Division est parvenue à coordonner les efforts et a réussi à convaincre les autres ministères fédéraux et ordres de gouvernement à inscrire les questions relatives au vieillissement parmi leurs priorités. De plus, les répondants ont souligné que les autres ministères fédéraux ont appris à consulter directement les aînés sur des questions clés. Par ailleurs, le Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés est considéré comme un véhicule efficace pour diffuser les renseignements et favoriser la collaboration de divers ministères à des projets. Toutefois, la plupart des membres du personnel régional qui ont été interviewés pensent qu'il y a matière à amélioration tant au point vue de la communication que de la coordination entre Ottawa et les régions.

Certains employés régionaux de Santé Canada ont cependant exprimé des avis partagés en ce qui a trait à l'étendue des activités de coordination. Selon eux, la SA/DVA tente de coordonner les activités relatives aux aînés et au vieillissement au sein du gouvernement fédéral, mais les représentants des autres ministères sont réticents et ne jouissent pas d'une grande latitude.

Dans l'ensemble, les porte-parole des gouvernements provinciaux et territoriaux estiment que, même si le niveau de coordination entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires est bon, il y a encore place à l'amélioration (p. ex., on pourrait faire en sorte que les provinces et les territoires aient davantage voix au chapitre). La majorité des répondants reconnait l'importance de la coordination. Certains, toutefois, estiment que les relations entre les autorités régionales des deux ordres de gouvernement sont « rares » et préféreraient une plus grande collaboration en ce qui concerne le financement des projets. De l'avis de l'un des répondants, ce rôle revient au gouvernement fédéral, et un autre répondant se demandait qui jouerait ce rôle si ce n'était de la SA/DVA. Cependant, un répondant remettait en question le rôle de coordinateur du gouvernement fédéral, puisque, à son avis, les deux ordres de gouvernement sont sur le même pied d'égalité et un gouvernement n'a pas à coordonner les activités des deux ordres.

4.2 Les partenariats

La création de partenariats entre les aînés et les ONG, les autres ordres de gouvernement, les entreprises et les milieux syndicaux correspond à l'un des aspects importants de la SA/DVA. Grâce à ces partenariats, peu importe qu'ils nécessitent l'apport de ressources financières, matérielles ou humaines, les programmes visant les aînés devraient avoir de plus grandes répercussions sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés à risque. Aux fins de la présente évaluation, les résultats des partenariats ont été déterminés au moyen d'entrevues et de l'examen des dossiers.

(a) Les résultats de l'examen des dossiers

Selon les renseignements contenus dans les dossiers, les programmes Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés et Alliances pour l'autonomie sont les plus susceptibles d'avoir créé des partenariats :

- Alliances pour l'autonomie — 94 p. 100 (n=18);
- Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés — 86 p. 100 (n=42);
- Projets internes de la DVA — 70 p. 100 (n=42);
- Programme d'autonomie des aîné(e)s — 54 p. 100 (n=67);
- CCNTA — 48 p. 100 (n=25);
- PRAA — 30 p. 100 (n=30);
- Nouveaux Horizons — 25 p. 100 des projets avaient mené à la création de partenariats (n=129).

L'examen de l'échantillon de dossiers nous a permis de constater que presque la moitié des partenariats créés dans le cadre des projets d'Alliances pour l'autonomie mettent en cause des associations d'aînés et des ONG locaux. Par ailleurs, plus de la moitié des partenariats créés dans le cadre de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés mettaient en cause de tels organismes. Donc, l'approche axée sur le partenariat encouragée en 1993 et officiellement adoptée en 1995 semble avoir été respectée dans la plupart des cas. Les associations d'aînés et les ONG sont les partenaires les plus souvent mentionnés dans les dossiers, de même que les autorités provinciales et les services de santé. Les autres partenaires comprennent :

- les chercheurs des universités;
- les chercheurs indépendants;
- le secteur privé;
- les municipalités;
- les hôpitaux;
- les médias;
- les églises;
- les services de police;
- les associations industrielles.

La plupart des partenaires agissaient à titre d'organisme consultatif ou fournissaient des ressources humaines. D'autres partenaires apportaient une contribution en nature ou offraient des services spéciaux, comme la formation et l'évaluation du matériel, la diffusion des produits, le recrutement des aînés, l'organisation de campagnes publicitaires et la surveillance des projets.

Il convient de mentionner que la formation de partenariats n'était pas une exigence des projets de Nouveaux Horizons[30] et du Programme d'autonomie des aîné(e)s. Par ailleurs, selon les renseignements recueillis au cours des entrevues, les dossiers du PRAA n'indiquent pas toujours si des partenaires participaient ou non aux projets subventionnés.

Les résultats des entrevues

Selon de nombreuses personnes interviewées, les efforts qu'a déployés la SA/DVA pour travailler avec des partenaires ne sont pas passés inaperçus, même s'il y a encore matière à amélioration. La plupart des répondants estiment que la SA/DVA a réussi à créer des partenariats à un certain nombre de niveaux. D'ailleurs, la formation de partenariats constitue l'un des critères importants du financement des projets (tant des travaux de recherche que des projets communautaires). Bien des organisations ont collaboré à titre de partenaires à diverses initiatives prises par le Ministère, y compris les provinces et les territoires, des associations professionnelles tant locales que nationales et des ONG représentant les aînés eux-mêmes. Des agents régionaux ont aidé à mettre sur pied des conseils et des comités auxquels ils siègent en compagnie des aînés et des partenaires communautaires. Les partenariats avec le secteur privé deviennent également de plus en plus populaires dans certains milieux, même si quelques répondants ont signalé que, dans l'ensemble, la SA/DVA n'obtenait pas tout le succès prévu

30. Du moins avant 1993. Lors du changement de cap opéré cette année-là, deux nouveaux critères ont été établis : le partenariat et les groupes à risque. Ces critères ont été officiellement adoptés dans le cadre du programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés.

dans ce domaine. En général, les répondants avaient l'impression que le secteur privé participerait davantage s'il était convaincu que tout le monde y gagnerait.

Selon les répondants qui sont membres du CCNTA, un certain nombre de partenariats officiels et non officiels ont été créés entre le CCNTA et d'autres organisations et personnes s'intéressant aux questions des aînés et du vieillissement. L'exemple le plus important est peut-être le rôle d'intermédiaire que le CCNTA a joué entre le gouvernement fédéral et les organisations populaires d'aînés. Certains porte-parole des gouvernements provinciaux et territoriaux ont toutefois affirmé que les échanges étaient peu fréquents entre eux et les membres du CCNTA représentant leur région. Autrement, les porte-parole des provinces et des territoires étaient d'avis partagés et ne pouvaient s'entendre pour dire que la SA/DVA avait véritablement contribué à la création de réseaux entre les aînés et les autres secteurs. Ils reconnaissaient à tout le moins qu'on avait mis dans une certaine mesure l'accent sur la formation de partenariats. L'existence de partenariats entre le gouvernement fédéral et les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux a été mentionnée. Quelques répondants ont aussi déclaré que, dans une certaine mesure, les partenariats étaient imposés aux candidats, puisqu'ils correspondaient à l'un des critères de financement du programme Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés.

La plupart des intervenants estiment que la SA/DVA offre à de nombreuses parties la possibilité de collaborer dans le cadre de partenariats. Ces partenariats mettent en cause des ONG, divers ordres de gouvernement et des chercheurs et découleraient du financement des projets et d'activités comme des ateliers. Toutefois, nombreux ont été ceux qui ont déclaré qu'ils ont eu du mal à former des partenariats avec le secteur privé.

Selon certains intervenants, la création de partenariats entre la SA/DVA et les associations d'aînés est aussi, dans certains cas, problématique. De l'avis de l'un des répondants,

les efforts de collaboration entre la SA/DVA et les associations d'aînés ne correspondent pas à de véritables partenariats, parce qu'ils ne mettent pas en cause de véritables partenaires, la SA/DVA établissant les règles à suivre. Selon un autre répondant, les associations provinciales d'aînés n'entretiennent généralement aucune relation avec la SA/DVA. Même si les associations nationales d'aînés ont des contacts avec la SA/DVA, grâce à des activités comme « Connexions 95 », les associations provinciales ne participent pas à ces activités. Presque tous les bénéficiaires d'une subvention ont affirmé que des partenariats ont été créés dans le cadre de leur projet financé par la SA/DVA. On citait en exemple des partenariats formés avec des entreprises privées, des centres locaux de santé communautaire, des collèges, des hôpitaux, des conseillers municipaux et des centres communautaires.

4.3 L'atteinte des objectifs et les répercussions prévues

Dans cette section, nous évaluons la mesure dans laquelle la SA/DVA est parvenue à réaliser ses objectifs ainsi que les répercussions prévues. Nous énumérons tout d'abord les principaux résultats.

- En général, la SA/DVA a contribué à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés, grâce à des projets de recherche et de financement de programmes communautaires.

- La plupart des experts s'entendent pour dire que la SA/DVA a réalisé d'énormes progrès en vue d'atteindre tous ses objectifs à court terme. Ils estiment aussi que la SA/DVA cherchait activement à atteindre ses objectifs à long terme. Au sujet de ces objectifs, l'un des experts a fait remarquer qu'on ne semblait pas accorder la même priorité à l'élimination des obstacles à la participation qu'aux deux autres objectifs.

- Dans le cadre de NHPA, les programmes communautaires financés par la SA/DVA ont mieux réussi à cibler les aînés à risque. Selon l'enquête menée, les bénéficiaires visés de NHPA étaient plus susceptibles de connaître des problèmes financiers que les bénéficiaires des autres programmes. Ils étaient aussi un peu plus susceptibles

de souffrir d'isolement social. Ces deux facteurs sont de grands déterminants de la santé. Le ciblage des aînés à risque n'a rien d'étonnant, puisque c'était une condition de NHPA.

- Les programmes de financement communautaire ont contribué à améliorer le bien-être mental des bénéficiaires.

- L'utilisation de l'effet de levier et la formation de partenariats ont joué un rôle important dans les projets de financement communautaire et ont permis à un certain nombre de projets de devenir autosuffisants ou d'aspirer à le devenir.

- Une forte proportion des bénéficiaires visés qui ont été interviewés (23 p. 100) ont déclaré que le service qu'ils ont reçu d'un programme de financement communautaire n'a eu aucune répercussion. Même si les bénéficiaires visés par NHPA sont les aînés qui courent le plus de risques, surtout à cause de leur situation financière, les programmes n'ont eu aucune répercussion plus nette sur ce groupe. Cela peut s'expliquer du fait que les services fournis par les projets de NHPA ont surtout des effets sur la santé mentale des bénéficiaires et non des retombées financières.

- Les avis sont partagés en ce qui concerne les répercussions des activités « internes » de la SA/DVA sur la coordination et la promotion de la politique, mais, en général, les répondants ont trouvé que la DVA avait eu un effet positif dans ce domaine. Les répondants ont fait observer que la DVA avait soutenu le CCNTA de façon positive et significative.

- Les programmes de recherche de la SA/DVA (p. ex., le PRAA et le CCNTA) ont donné des résultats valables, transformés en renseignements qui ont connu une vaste diffusion. Ces renseignements ont surtout été utilisés par les décideurs canadiens, les chercheurs et les groupes d'aînés.

- Les projets de recherche du PRAA ont été jugés innovateurs et les projets tant du PRAA que du CCNTA ont suscité la collaboration et la création de partenariats importants et uniques en leur genre (de nature, par exemple, multidisciplinaire).

- En général, les activités du PRAA et du CCNTA ont eu une incidence sur la politique et ont enrichi les connaissances sur le vieillissement et les questions qui préoccupent les aînés. La répercussion directe du CCNTA sur l'élaboration de la politique est toutefois moins claire.

- Même si le PRAA et le CCNTA n'ont pas été conçus pour avoir des répercussions directes sur les aînés (pour les aider, par exemple, à prendre des décisions), bien des

répondants ont affirmé que les renseignements publiés par le CCNTA et, dans une moindre mesure par le PRAA, seraient utiles aux aînés.

Le reste de la présente section est consacré aux résultats détaillés qui ont été répartis en trois grandes catégories : les programmes de financement communautaire; les travaux de recherche; les activités internes de la DVA.

(a) Les activités de financement communautaire

Il convient de commencer en signalant que tous les bénéficiaires d'une subvention qui ont été interviewés dans le cadre de cette évaluation ont déclaré que leur projet avait atteint tous les objectifs énumérés ou étaient en voie de le faire. Des résultats plus détaillés sont présentés ci-dessous.

Le ciblage

Au fil des ans, les programmes de financement communautaire ont ciblé les aînés en général et les aînés à risque. D'ailleurs, le PAA vise les aînés à risque depuis sa création en 1988. En 1994-1995, les aînés à risque sont devenus les bénéficiaires visés par les programmes de financement communautaire à la suite de la création du programme NHPA. Il ne faut pas oublier que l'établissement des priorités de NHPA se fait dans chaque région ainsi qu'au niveau national. Par conséquent, les projets sont axés sur les situations qui présentent des risques dans chacune des régions.

Le tableau 4.1, établi à partir des résultats de l'examen des dossiers, montre l'importance relative que les divers programmes accordent au ciblage des aînés en général par rapport aux aînés à risque. Il convient de signaler qu'un programme pouvait cibler plus d'un groupe.

On observe le plus grand écart entre le programme Nouveaux Horizons, qui existe depuis longtemps, et le programme NHPA qui existe depuis peu. On remarque une différence similaire dans le cas des clients des programmes.

TABLEAU 4.1
Groupes et clients cibles des programmes communautaires des aînés financés par la SA/DVA[31]

	Pourcentage des projets			
	NH (1991-1995)	PAA (1991-1995)	Alliances (1993-1995)	NHPA (1995)
Groupes cibles				
Aînés en général	67	51	50	29
Aînés à risque	49	75	80	98
Autres groupes	11	11	22	10
n	129	67	18	42
Clients				
Aînés en général	76	55	72	57
Aînés à risque	34	51	69	69
Autres groupes d'aînés	4	10	6	14
Autres groupes	9	75	49	55
n	129	67	18	42

31. Le *groupe cible* correspond aux gens qui étaient les grands bénéficiaires visés, soit le groupe pour lequel le projet répondait ou tentait de répondre aux besoins. Même si tous les projets visaient les aînés ou un sous-groupe d'aînés, certains projets visaient aussi d'autres groupes, comme les jeunes ou les aidants. Les *clients* correspondent aux gens qui bénéficient du programme, sans nécessairement faire partie du groupe cible. Par exemple, dans un projet qui fournit des renseignements aux professionnels oeuvrant dans la collectivité pour les aider à mieux répondre aux besoins des aînés qu'ils servent, les professionnels seraient considérés comme les clients. Dans les cas où le projet fournit directement des services au groupe cible, les membres du groupe cible sont également considérés comme les clients.

Comme nous le voyons ci-après, le profil socio-économique et démographique des bénéficiaires visés qui ont répondu à l'enquête nous indique que, entre 1991 et 1995, le financement des programmes communautaires a généralement profité à des aînés en santé, actifs et jouissant de la sécurité financière. Ce résultat n'a rien de surprenant, étant donné les divers groupes cibles des programmes (c.-à-d. les aînés en général et les aînés à risque). Les bénéficiaires visés qui ont participé à l'enquête présentaient les caractéristiques suivantes :

- 85 p. 100 vivaient dans une résidence privée;
- 87 p. 100 touchaient un revenu suffisant pour satisfaire à leurs besoins;
- 56 p. 100 faisaient un peu de bénévolat;
- 81 p. 100 prenaient du temps pour aider leur famille, leurs amis et leurs voisins;
- 93 p. 100 disaient qu'il jouissaient d'une santé « moyenne » ou « très bonne » comparativement aux autres personnes de leur âge.

Étant donné l'accent mis récemment sur les aînés à risque dans le cadre de NHPA, il est utile de comparer le profil des bénéficiaires prévus pour chacun des quatre programmes, en fonction des résultats des enquêtes. Cette analyse fait ressortir la façon dont la grande emphase mise sur les aînés à risque dans les lignes directrices et les critères s'appliquant à NHPA s'est concrétisée. L'établissement du profil des bénéficiaires visés nous permet d'évaluer la précision du ciblage exercé par le PAA, puisque ce programme a toujours visé les aînés « les moins favorisés ».

Dans l'ensemble, le profil des bénéficiaires visés par NHPA ressemble au profil des bénéficiaires visés par les autres programmes, particulièrement par Nouveaux Horizons. Il existe une exception notable, soit le fait qu'une proportion considérablement plus élevée de bénéficiaires de

NHPA avaient tendance à être pauvres. Ces bénéficiaires étaient également plus susceptibles de souffrir d'isolement social. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous[32].

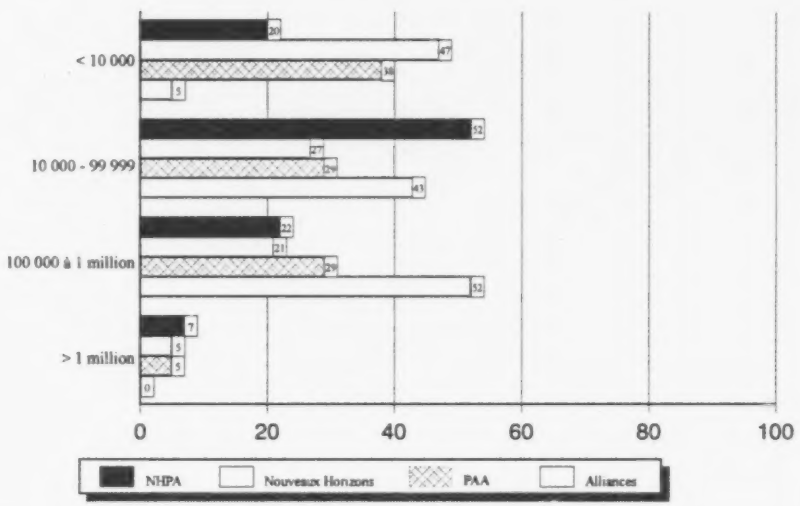
- La majorité des bénéficiaires visés par les quatre programmes étaient actifs.
- La plupart faisaient du bénévolat. Seulement 36 p. 100 des bénéficiaires visés par NHPA ont déclaré ne pas faire de bénévolat, comparativement à 36 p. 100 des bénéficiaires de Nouveaux Horizons et 26 p. 100 et 54 p. 100 des bénéficiaires visés respectivement par le PAA et Alliances pour l'autonomie.
- De même, la grande majorité des bénéficiaires des quatre programmes prenaient du temps pour aider leur famille. Toutefois, les bénéficiaires visés par NHPA (92 p. 100) étaient beaucoup moins susceptibles d'offrir de l'aide, par rapport aux bénéficiaires des autres programmes, dont le niveau de participation à ce genre d'activités variait entre 80 p. 100 pour le PAA et 82 p. 100 pour Nouveaux Horizons et Alliances pour l'autonomie.
- Une plus forte proportion de bénéficiaires visés par NHPA (28 p. 100) ont déclaré qu'ils n'avaient personne dans leur vie à qui se confier, comparativement aux bénéficiaires de Nouveaux Horizons (10 p. 100), du PAA (5 p. 100) et d'Alliances pour l'autonomie (14 p. 100).

Presque tous les bénéficiaires visés ont affirmé jouir d'une santé très bonne ou moyenne, comparativement aux gens qu'ils connaissaient. D'ailleurs, seulement 4 p. 100 des bénéficiaires visés par NHPA ont déclaré que leur santé était mauvaise, par rapport à 7 p. 100 des bénéficiaires de Nouveaux Horizons et du PAA et à 5 p. 100 des bénéficiaires d'Alliances pour l'autonomie.

32. Les tailles des échantillons sont les suivantes : NHPA (n=50), NH (n=298), PAA (n=171), Alliances (n=22) et « Autres » (n=7). Les données doivent être interprétées avec circonspection, vu la petite taille de certains échantillons, notamment dans le cas des Alliances.

PIÈCE 4.2

Taille de la localité des bénéficiaires visés



n=2 523

Les bénéficiaires visés par NHPA étaient beaucoup moins susceptibles de vivre dans de petites localités de moins de 10 000 habitants que les bénéficiaires visés par le programme Nouveaux Horizons et le PAA. Comme le montre la pièce 4.2, les bénéficiaires de NHPA avaient plus tendance à vivre dans des localités comptant entre 10 000 et 100 000 habitants.

On observe de grandes différences dans le profil socio-économique des bénéficiaires visés par les quatre programmes.

- Environ la moitié des bénéficiaires visés par NHPA (51 p. 100) n'étaient pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires, comparativement à 44 p. 100 des bénéficiaires visés par Nouveaux Horizons et à 32 p. 100 des bénéficiaires visés par le PAA et par Alliances pour l'autonomie.

- Fait encore plus important, presque le quart (24 p. 100) des bénéficiaires visés par NHPA qui ont été interviewés ont déclaré que leur revenu annuel total suffisait à peine pour subvenir à leurs besoins, comparativement à seulement 11 p. 100 des bénéficiaires de Nouveaux Horizons, à 6 p. 100 des bénéficiaires du PAA et à 18 p. 100 des bénéficiaires d'Alliances pour l'autonomie.

- De même, une proportion nettement plus forte des bénéficiaires visés par NHPA (32 p. 100) ont affirmé que leur revenu annuel total était inférieur à 10 000 $, comparativement aux bénéficiaires des autres programmes. Seulement 9 p. 100 des bénéficiaires de Nouveaux Horizons, 7 p. 100 de ceux du PAA et 5 p. 100 de ceux d'Alliances pour l'autonomie ont déclaré un revenu inférieur à 10 000 $.

Analysés ensemble, ces résultats prouvent que, en mettant davantage l'accent sur les aînés à risque, le programme NHPA s'est trouvé, en pratique, à servir des clients dont la situation financière est relativement plus précaire. Les succès obtenus par le ciblage effectué dans le cadre de NHPA sont particulièrement importants, lorsqu'on les compare aux échecs des efforts ou à l'absence du ciblage dans le cadre du PAA. Comme le montrent les résultats des enquêtes, les bénéficiaires visés par le PAA ne peuvent en aucun cas être considérés « moins favorisés » ou plus à risque que les bénéficiaires visés par le programme Nouveaux Horizons. En fait, les données nous portent à croire qu'ils pouvaient même être un peu plus favorisés.

Selon les résultats relatifs à NHPA, les bénéficiaires visés par ce programme semblent « à risque » plus à cause de leur condition financière précaire que pour toutes les autres raisons examinées au cours de l'enquête et de l'examen des dossiers, comme leur état de santé général ou la taille de leur localité. Étant donné que l'inégalité du revenu est l'un des principaux déterminants de la santé[33], il est fort utile de déterminer le risque en fonction de la situation financière. Toutefois, il convient de préciser que, à la lumière des limites inhérentes

33. Evans, R. *et al.* « *Why Are Some People Healthy and Others Not?* », Walter de Gruyter, Inc., New York, N.Y., 1994.

à la conception de l'étude, nous aurions tort d'écarter la possibilité que les bénéficiaires de NHPA ne puissent courir d'autres risques et ne puissent être visés par un projet subventionné pour d'autres raisons que leur situation financière.

Bien que les enquêtes et l'examen des dossiers laissent clairement voir que le ciblage s'est grandement amélioré depuis la création de NHPA, surtout par rapport au PAA, il faut bien préciser que l'objectif du programme ne consiste pas à améliorer la situation financière des aînés. Comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, le fait que le programme n'a pas été conçu pour s'attaquer aux problèmes économiques des aînés en difficultés financières peut avoir contribué à en atténuer les répercussions. Les analyses montrent que cela peut être attribuable au fait que les interventions et les services visaient essentiellement à améliorer le bien-être mental des bénéficiaires (comme les programmes de visites aux aînés et l'organisation d'activités sociales) plutôt que leur situation financière.

Les experts consultés ont également fait remarquer que, même si le financement des programmes communautaires des aînés a plus ou moins réussi à répondre aux besoins des aînés à risque, il n'a pas satisfait à tous les besoins prioritaires, notamment en ce qui concerne la sécurité financière. Un des experts est même allé jusqu'à dire que les bienfaits de nature sociale, récréative, participative et mentale ne correspondent pas à des besoins assez prioritaires pour justifier les dépenses publiques engagées. Cet expert a ajouté que les avantages directs et concrets observés dans les domaines prioritaires étaient insuffisants en regard des dépenses publiques.

L'amélioration et la préservation de la santé, du bien-être et de l'autonomie des aînés au Canada

Il ressort de l'examen des dossiers que l'objectif premier des projets communautaires consistait à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés[34]. Comme le montre le tableau 4.2 ci-dessous, NHPA visait cet objectif en particulier.

Selon la majorité (74 p. 100) des bénéficiaires visés qui ont été interviewés, les services qu'ils ont obtenus des projets de la SA/DVA ont eu des répercussions positives sur leur santé, leur bien-être ou leur autonomie. Comme le montre la pièce 4.3, les répercussions ont surtout été observées sur les plans du bien-être mental et de l'interaction sociale (66 p. 100). Il convient de noter qu'il est peut-être un peu tôt pour déterminer l'ensemble des bienfaits que pourront éprouver les clients, surtout sur leur santé physique.

34. Voici les définitions utilisées aux fins de l'examen des dossiers :

Santé et bien-être. On considérait qu'un projet touchait à la santé et au bien-être si ses activités visaient les personnes âgées atteintes de maladies chroniques, d'une incapacité physique ou mentale ou encore les aînés isolés au niveau social ou en piètre santé. Ainsi, un programme de livraison de repas à domicile, où l'on évite que les personnes âgées ne se nourrissent que de pain et de thé en leur fournissant des repas nutritifs, serait considéré comme un projet touchant à la santé et au bien-être.

Autonomie. Définir l'autonomie en faisant abstraction de la santé et du bien-être représente un défi, puisque les trois concepts sont inextricablement liés. Il n'existe aucune définition simple de l'autonomie dans le cas des aînés. Il a été établi qu'on considérerait qu'un projet touchait à l'autonomie des aînés si ses activités visaient à permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur collectivité non seulement en organisant, par exemple, des services et des activités, mais également en offrant des moyens d'y participer (comme le transport). Cette définition n'offrait aux analystes qu'un point de départ. Il fallait aussi tenir compte du fait que le mot « autonomie » signifie le contraire de « dépendance ». Par conséquent, les projets dont les activités visaient clairement à réduire la dépendance des aînés ont également été considérés comme des projets touchant à l'autonomie. Par exemple, un projet où des bénévoles aident les aînés à faire leur épicerie vise l'autonomie, non seulement parce qu'il diminue la dépendance des personnes âgées envers leurs parents ou leurs amis, mais aussi parce qu'il permet aux aînés d'acheter les produits qu'ils désirent.

TABLEAU 4.2
Aperçu des besoins satisfaits par les programmes communautaires des aînés de la SA/DVA

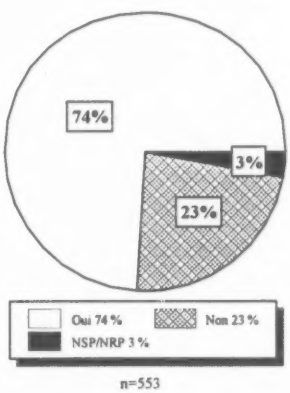
Besoins satisfaits*	Pourcentage des projets			
	NH (1991-1995)	PAA (1991-1995)	Alliances (1993-1995)	NHPA (1995)
Santé et bien-être	89	71	79	91
Autonomie	33	26	63	38
Attitudes face au vieillissement	10	16	50	5
Obstacles à la participation dans la société	36	24	41	31
Autres	16	47	16	5
Total n	129	67	18	42

*Nota : Un projet pouvait satisfaire à des besoins dans plus d'un domaine.

PIÈCE 4.3

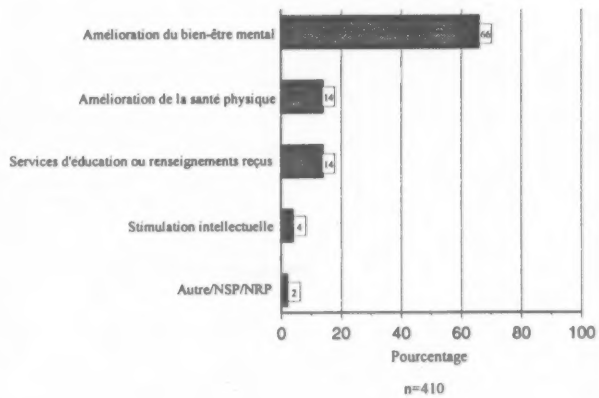
Répercussions des services et des activités : Points de vue des bénéficiaires visés

Les services ou activités vous ont-ils aidés d'une façon quelconque à préserver ou à améliorer votre santé, votre bien-être ou votre autonomie?



n=553

Si oui, de quelle façon?



n=410

Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des bénéficiaires visés, 1996.

Selon l'enquête, peu de bénéficiaires ont noté une amélioration de leur état de santé physique, ce qui peut s'expliquer par le fait que très peu de bénéficiaires visés étaient en mauvaise santé.

Le quart des bénéficiaires visés et interviewés ont affirmé que les services qu'ils ont reçus ou les activités auxquelles ils ont participé ne les ont aucunement aidés à préserver ou à améliorer leur santé, leur bien-être ou leur autonomie. Cette proportion variait très peu d'un programme à l'autre. À peine un peu plus du cinquième des bénéficiaires visés par NHPA (22 p. 100) n'ont observé aucune répercussion, comparativement à 26 p. 100 pour Nouveaux Horizons, à 20 p. 100 pour le PAA et à 23 p. 100 pour Alliances pour l'autonomie. On pourrait s'attendre à ce que les bénéficiaires visés par NHPA perçoivent de plus grands avantages, puisqu'ils courent plus de risques et ont, par conséquent, de plus grands besoins. Cependant, comme nous l'avons mentionné auparavant, ces bénéficiaires étaient *économiquement* vulnérables. Autrement dit, ils étaient beaucoup plus susceptibles de gagner un revenu faible et de disposer d'un revenu discrétionnaire faible. Étant donné que les activités du programme NHPA visaient essentiellement à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés, en améliorant surtout leur bien-être mental et non leur situation financière, il ne faut pas s'étonner d'observer peu de différences au niveau des répercussions.

L'analyse des répercussions selon la date de lancement du projet nous permet de déceler une tendance assez stable en ce qui concerne la proportion des bénéficiaires visés estimant que les services et les activités les ont aidés à préserver ou à améliorer leur santé, leur bien-être et leur autonomie. Entre 1991 et 1995, cette proportion n'a que très peu varié, fluctuant entre 70 et 76 p. 100. Le tableau 4.3 illustre une nette augmentation en 1996. Ce tableau fait ressortir une tendance généralement similaire lorsque l'analyse tient compte de la date de la fin des projets.

TABLEAU 4.3
Répercussions déclarées par les bénéficiaires, selon les dates de lancement et de fin des projets

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	TOTAL
Date de lancement	70 % n=21	77 % n=72	75 % n=124	72 % n=120	72 % n=41	85 % n=22	s/o	74 % n=400
Date de fin du projet	s/o	71 % n=15	72 % n=55	81 % n=71	69 % n=88	72 % n=98	86 % n=67	75 % n=394

Dans l'ensemble, les experts s'entendaient pour dire que la SA/DVA a contribué à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés. La plupart d'entre eux, mais pas la totalité, concluaient aussi que cette constatation s'applique aux aînés à risque, surtout depuis le remaniement du financement des programmes. Par contre, l'un des experts estimait que les analyses prouvaient que la SA/DVA n'avait pas ciblé les aînés courant le plus de risques.

Les gens convenaient généralement que la SA/DVA jouait un rôle unique et nécessaire au Canada. Le fait que l'amélioration de la santé mentale était l'une des répercussions des divers programmes les plus souvent mentionnées était un résultat très positif de l'avis d'un expert, puisque bien des recherches prouvent qu'une bonne santé mentale mène à une vie plus active et, très souvent, à un bon état de santé général.

Fait important à signaler, un certain nombre d'experts nous ont par contre mis en garde, car ils estimaient que les résultats sur lesquels se fondait la conclusion que la SA/DVA était bénéfique leur semblaient plutôt limités. Ils déploraient notamment le manque de « mesures complexes et précises » qui auraient pu être appliquées aux bénéficiaires eux-mêmes (comme l'utilisation d'un groupe expérimental et d'un groupe contrôle).

Quant à savoir si la SA/DVA avait réussi à répondre aux besoins hautement prioritaires, les experts n'étaient pas tous du même avis. En général, ils estimaient que la SA/DVA avait relativement bien répondu aux besoins, bien qu'un expert ait fait observer qu'il était difficile de se prononcer à ce sujet, la SA/DVA n'ayant eu, dans bien des cas, que des répercussions indirectes sur les bénéficiaires visés. Certains experts ont insisté sur l'un des grands risques observés, soit la sécurité financière. Ils estimaient que la SA/DVA devait se pencher plus activement sur cette question, étant donné l'importance de la sécurité financière en tant que déterminant de la santé et les besoins de plus en plus pressants d'un sous-groupe de la population vulnérable et encore mal défini, celui des Canadiens vieillissants (p. ex., de ceux ayant pris une retraite prématurée), tous des facteurs très étroitement liés dans ce domaine.

La promotion de la collaboration et de l'innovation

L'examen des dossiers avait pour but notamment d'évaluer le niveau d'innovation des projets subventionnés de même que le niveau de collaboration et les partenariats créés. Le tableau 4.4 renferme les résultats de l'examen.

L'innovation se définit de plusieurs façons, de l'approfondissement de nouvelles connaissances et questions à la synthèse des nouvelles connaissances. Les résultats sont assez cohérents, peu importe la définition utilisée, et très peu de projets de Nouveaux Horizons sont considérés comme des projets innovateurs. Par contre, plus de la moitié des projets de NHPA utilisaient une nouvelle approche. Ce résultat prouve que le nouveau critère de l'innovation est appliqué. Les entrevues menées auprès du personnel régional de Santé Canada nous ont appris que, depuis que l'innovation est l'une des conditions de NHPA, la possibilité de pouvoir encourager la mise sur pied de projets de nature similaire est faible.

L'examen des dossiers nous a permis d'obtenir une estimation de l'innovation qu'il nous faut qualifier de « prudente », puisque ce jugement de valeur ne se fonde que sur les renseignements consignés dans les dossiers ou encore sur l'opinion qu'a pu s'en faire l'évaluateur. Par conséquent, le degré d'innovation a pu être sous-estimé.

TABLEAU 4.4
Degré d'innovation et de partenariat des programmes communautaires des aînés de la SA/DVA

	Pourcentage des projets			
Genre d'innovation	**NH (1991-1995) n=129**	**PAA (1991-1995) n=67**	**Alliances (1993-1995) n=18**	**NHPA (1995) n=42**
Projets utilisant une nouvelle approche	2	10	11	52
Projets abordant une nouvelle question	2	6	17	5
Projets ciblant différents groupes d'aînés	1	6	6	7
Projets organisés dans un milieu différent	2	18	11	10
Projets réunissant différents intervenants	2	5	17	12
Projets faisant la synthèse de nouvelles connaissances	1	5	0	7
« Partenariats travaillant en partenariat »	25	54	94	86

On a aussi demandé aux experts consultés si les programmes communautaires des aînés avaient réussi à appuyer l'élaboration de programmes innovateurs. Dans l'ensemble, les experts ont noté un certain appui, mais pas autant qu'ils l'auraient souhaité.

Le tableau 4.4 montre aussi la proportion des projets qui étaient les plus susceptibles de favoriser la collaboration. Ce sont les projets d'Alliances pour l'autonomie et de NHPA qui étaient les plus susceptibles de le faire, tandis que les projets de Nouveaux Horizons étaient moins axés sur la collaboration. Cela est conforme aux changements apportés aux critères des programmes.

Des exemples de projets ayant favorisé la collaboration ont été fournis par certains répondants de Santé Canada. Ces répondants ont mentionné que les projets comprenaient souvent un volet de formation des formateurs qui n'exigeait qu'un investissement minime, mais avait des répercussions positives sur bien des professionnels et des aînés. De plus, de nombreux projets ont contribué à subventionner des réseaux nationaux et régionaux d'organisations. Ont ainsi été créées des coalitions s'intéressant à des questions bien précises (comme la consommation de médicaments et la prévention des blessures).

Selon la plupart des intervenants interrogés, bon nombre des projets communautaires subventionnés par la SA/DVA étaient innovateurs, en raison des produits ou des services qui ont été offerts ou de la façon dont divers groupes ont collaboré. Certains ont signalé que, grâce aux exigences de financement, les nouveaux projets devaient avoir un certain degré d'innovation. Il convient toutefois de noter que certains intervenants de même que quelques fonctionnaires de Santé Canada trouvaient que les critères d'innovation étaient « trop restrictifs » et entraînaient le rejet de certains « bons projets ».

Les observations des experts se fondaient sur les résultats de l'évaluation et sur leurs connaissances personnelles du financement des travaux de recherche et des programmes communautaires. En général, les experts étaient persuadés que la SA/DVA avait réussi à former des partenariats depuis ses tout débuts. Par exemple, selon un expert qui connaissait en profondeur tous les projets du PRAA, tous ces projets avaient exigé la création de multiples

partenariats. L'examen des dossiers n'a toutefois pas confirmé l'avis de cet expert et l'existence d'un niveau de partenariat si élevé.

Selon certains experts, surtout les moins convaincus des succès de la SA/DVA dans la formation de partenariats, il y avait encore matière à amélioration, surtout au niveau de la création de partenariats avec des organisations de bénévoles et d'aînés et avec le secteur privé.

L'autosuffisance et l'effet de levier

C'est l'examen des dossiers des projets qui a procuré les meilleurs renseignements sur l'autosuffisance et l'utilisation de l'effet de levier. Dans l'ensemble, les résultats de l'examen montrent que l'autosuffisance et l'effet de levier sont deux aspects très importants des activités subventionnées par les programmes de financement communautaire de Santé Canada. Les résultats sont présentés en détail ci-dessous.

Nouveaux Horizons

L'examen des dossiers a révélé que, pendant la phase de demande de subvention, aucun organisateur de projets de Nouveaux Horizons a précisé qu'il songeait à obtenir du financement de sources autres que Santé Canada. Notons toutefois que, dans le cadre des projets de Nouveaux Horizons, les organisateurs n'étaient pas obligés de demander du financement d'autres sources et que les candidats n'avaient pas, non plus, à dévoiler des renseignements sur les autres sources de financement sollicitées.

Au fil des ans, bien des projets de Nouveaux Horizons se sont fixés comme objectif l'autonomie financière. Selon les documents portés aux dossiers, comme les rapports d'évaluation, la majorité des projets songeaient à poursuivre leurs activités une fois leur

subvention épuisée (71 p. 100). À cette fin, il leur fallait s'adresser à des sources de financement autres que Santé Canada. Les nouvelles sources de financement mentionnées variaient grandement et incluaient entre autres :

- les activités de financement;
- les municipalités;
- les organismes communautaires;
- les frais de participation;
- les subventions;
- l'appui des provinces;
- les bénévoles.

Très peu de renseignements ont été recueillis sur le montant des subventions obtenues d'autres sources après épuisement des subventions de Santé Canada. Des projets qui ont affirmé qu'ils ne voulaient pas poursuivre leurs activités (41 p. 100), seulement 7 p. 100 d'entre eux (neuf projets) ont parrainé des activités au-delà de leur période de financement.

Selon une analyse longitudinale des dossiers, les projets étaient plus susceptibles de viser l'autonomie financière au début de la décennie et jusqu'en 1993-1994 (75 p. 100 en 1991-1992, 79 p. 100 en 1992-1993 et 87 p. 100 en 1993-1994). Cette tendance a pris fin en 1994-1995, lorsque la proportion des projets voulant poursuivre leurs activités a diminué de moitié environ (49 p. 100). Cette baisse peut s'expliquer en partie par le fait que bon nombre de ces projets étaient en cours (17 p. 100 des projets évalués pour cette année) et que la poursuite des activités ou l'autonomie financière n'étaient pas encore devenues des objectifs de ces projets subventionnés.

PAA

On a constaté dans seulement 6 des 64 dossiers examinés que les projets avaient reçu du financement d'autres sources (contribution moyenne de 35 684 $). Dans sept dossiers, on a remarqué que les projets mettaient en cause entre sept et des centaines de bénévoles, mais la plupart des projets comptaient sur la participation de moins de 50 bénévoles. Ces résultats montrent que les projets ont bien réussi à attirer la participation de bénévoles de la collectivité.

Dans la plupart des dossiers, rien n'indiquait si les organisateurs devaient ou voulaient devenir autosuffisants après l'épuisement de la subvention de Santé Canada. On mentionnait dans 19 dossiers (28 p. 100) que le projet était déjà autosuffisant ou visait à le devenir.

Alliances pour l'autonomie

Dans 4 des 18 dossiers examinés, on remarquait l'effet de levier qui avait mené à l'obtention de financement d'autres sources. Les contributions variaient entre 18 320 $ et 512 225 $. Neuf projets ont reçu des contributions en nature. Seulement un dossier contenait des renseignements sur la participation des bénévoles (sept bénévoles pour ce projet). Quatorze des 18 dossiers renfermaient des données sur l'autonomie financière et, dans sept cas, les organisateurs affirmaient que leur activité allait s'autofinancer après la période de subvention.

NHPA

Dans le cadre des projets subventionnés par Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, on encourageait l'autonomie financière. Comme bon nombre des projets de NHPA étudiés étaient en cours au moment de l'examen des dossiers, il n'a pas été possible de déterminer exactement dans quelle mesure ces projets ont atteint l'autonomie financière.

Des neufs projets ayant fourni ces renseignements, tous ont affirmé qu'ils seraient autosuffisants après épuisement de la subvention octroyée par la SA/DVA. La plupart mentionnaient leurs sources de financement futures, qui comprenaient des conseils municipaux, la vente de publications ainsi que la contribution des aînés et des organisations communautaires. Les dossiers ne contenaient aucune donnée sur le montant du financement, le nombre de bénévoles ou les contributions en nature que devaient fournir ces nouvelles sources.

La promotion d'une image positive et réaliste des aînés

La plupart des représentants de Santé Canada qui ont été interviewés ont déclaré que c'est dans ce domaine qu'il est le plus difficile de déterminer les répercussions. Nonobstant cet avis généralisé, quelques-uns ont fait remarquer que le financement des programmes communautaires a aidé des aînés dans certaines localités à se sentir moins isolés et à regagner un peu d'estime, rehaussant ainsi l'image que ces aînés se font d'eux-mêmes. De plus, les répondants ont affirmé que la diffusion d'une émission de télévision (au sujet d'une femme qui devient veuve), de vignettes et d'études précisant les activités auxquelles s'adonnent les aînés, les services qu'ils utilisent, etc., a contribué à promouvoir une image positive et réaliste des aînés.

Les représentants des provinces et des territoires qui ont été interviewés ont convenu que la SA/DVA a fait la promotion d'une image positive et réaliste des aînés. De même, certains intervenants interviewés ont affirmé que les projets communautaires avaient atteint cet objectif. Ils ajoutaient que la participation directe des aînés à des projets communautaires a permis de prouver tant aux aînés qu'aux autres générations que les Canadiens âgés peuvent être utiles et actifs.

(b) Les activités de recherche

Il est toujours difficile de déterminer les répercussions précises et les effets des activités de recherche. Dans bien des cas, les répercussions les plus importantes d'un projet de recherche n'apparaissent que bien après la publication des résultats et ne représentent qu'une partie des recherches qui se poursuivent constamment. Aux fins de la présente évaluation, il a néanmoins été possible d'étudier les répercussions les plus immédiates des activités de recherche et de déterminer les répercussions ultérieures qui sont prévues.

Le ciblage des activités de recherche

Les activités de recherche appuyées par la SA/DVA relèvent du PRAA et du CCNTA. Le tableau 4.5 donne un aperçu des besoins auxquels répondent ces deux programmes, selon l'examen des dossiers des projets.

Selon cet examen, les projets du PRAA portaient surtout sur la santé et le bien-être (71 p. 100), tandis que les recherches effectuées par le CCNTA étaient mieux équitablement réparties et abordaient divers besoins possibles[35].

35. Pour les projets du PRAA, la catégorie « Autres » correspond à divers besoins, comme le besoin d'élaborer des mesures acceptables et réalistes en fonction de la situation sociale, politique et économique des années 1990; le besoin de recueillir des renseignements sur la grande consommation de médicaments par les aînés; le besoin de mettre en pratique les résultats des recherches; le besoin de déterminer avec précision le coût des soins prodigués par des aidants informels. Les projets du CCNTA classés dans cette catégorie répondaient en général à plus d'un besoin, c.-à-d. à l'un des quatre besoins généralisés figurant dans le tableau ainsi qu'à un ou plusieurs besoins en matière de renseignements faisant l'objet d'une mention spéciale.

TABLEAU 4.5
Aperçu des besoins satisfaits par les programmes de recherche de la SA/DVA

	Pourcentage des projets	
Besoins satisfaits*	**PRAA**	**CCNTA**
Santé et bien-être	71	52
Autonomie	23	40
Attitudes face au vieillissement	7	36
Obstacles à la participation dans la société	3	20
Autres	40	72
Total n	30	25

*Nota : Un projet pouvait satisfaire des besoins dans plus d'un domaine.

Le tableau 4.6 renferme les résultats de l'examen des dossiers du PRAA et du CCNTA ayant trait aux groupes cibles (soit les grands bénéficiaires d'un projet) et au client (le bénéficiaire immédiat d'un projet).

Le résultat le plus intéressant est le fait que les projets du CCNTA visaient les aînés en général, tandis que ceux du PRAA avaient tendance à viser les aînés à risque. Autre fait intéressant, les projets tant du PRAA que du CCNTA avaient comme principal groupe de clients des chercheurs et des organismes de recherche (qui profitent des projets mais ne représentent pas le groupe ciblé). Sont classés dans la catégorie « Autres » des clients comprenant des chercheurs indépendants, des universités, des centres de gérontologie, des provinces et des territoires.

TABLEAU 4.6
Groupes cibles et clients des programmes de recherche de la SA/DVA

	Pourcentage des projets	
	PRAA	CCNTA
Groupes cibles		
Aînés en général	43	92
Aînés à risque	63	8
Autres groupes	17	80
n	30	25
Clients		
Aînés en général	20	72
Aînés à risque	17	4
Autres groupes d'aînés	13	52
Autres groupes	93	100
n	30	25

La promotion de la collaboration et de l'innovation

Selon les données recueillies, l'un des points forts du PRAA est l'innovation de ses projets. Le degré d'innovation des projets du CCNTA est moins évident en raison des renseignements plus limités consignés à ce sujet. La grande majorité des dossiers du CCNTA qui ont été examinés dans le cadre de la présente évaluation ne renfermaient pas de renseignements nous permettant de déterminer si les projets étaient innovateurs. Ces dossiers révélaient toutefois que les projets du CCNTA avaient plutôt tendance à promouvoir la collaboration.

On remarquait clairement dans une forte proportion (77 p. 100) des dossiers du PRAA l'innovation des projets subventionnés et on dénotait dans 20 p. 100 de ces dossiers de l'innovation à plus d'un égard. Les projets du PRAA étaient surtout innovateurs par le fait qu'ils faisaient la synthèse des nouvelles connaissances acquises. Les représentants de Santé Canada convenaient que les projets de recherche du PRAA s'étaient révélés innovateurs, surtout dans les domaines de la consommation des médicaments et de l'étude de la maladie d'Alzheimer.

Les répondants considéraient qu'environ la moitié des projets du CCNTA (48 p. 100) et le tiers des projets du PRAA étaient susceptibles de favoriser la collaboration. Les répondants importants interrogés dans le cadre de cette évaluation ont donné des exemples précis de collaboration. Fait particulièrement révélateur, les représentants de Santé Canada ont mentionné qu'un réseau de chercheurs s'intéressant aux problèmes des aînés avait été mis sur pied, ce qui n'aurait pu se faire sans l'appui financier du PRAA. De plus, ce réseau a mené à la formation de nouveaux partenariats multidisciplinaires et productifs de même qu'à l'utilisation de nouvelles méthodes de recherche.

Cet énoncé a été généralement corroboré par les porte-parole des provinces et des territoires. La majorité d'entre eux connaissaient l'existence de ces réseaux de chercheurs et savaient que le PRAA était probablement leur principale source.

La diffusion de l'information dont ont besoin les aînés pour faire des choix éclairés

Dans le cadre de la SA/DVA, la diffusion des publications du CCNTA est la principale méthode grâce à laquelle on fournit aux aînés l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés. Selon les représentants de Santé Canada et les membres du CCNTA, les publications sont conçues pour informer les aînés sur divers sujets, notamment la préparation à la retraite et les soins à domicile. Un assez grand nombre de répondants pensaient

que ces publications avaient grandement contribué à fournir aux aînés des renseignements utiles et opportuns, mais tous étaient d'avis que les publications pourraient certainement aider un plus grand nombre de personnes âgées à prendre des décisions plus éclairées.

Dans un autre ordre d'idée, les membres du CCNTA interviewés ont déclaré que le Forum public sur les aînés et les médicaments, diffusé en janvier 1995, où un certain nombre d'experts et d'intervenants ont débattu de questions touchant aux aînés et à la consommation des médicaments, avait attiré l'attention de bien des gens. En général, les répondants convenaient que ce forum, subventionné par le CCNTA, avait eu de grandes répercussions sur les aînés et les professionnels de la santé.

Ceux qui ont exprimé une opinion sur les projets du CCNTA et du PRAA reconnaissaient la qualité des recherches et le fait que les publications, rapports, énoncés de position, etc., diffusés intéressaient les chercheurs, les gouvernements et les intervenants. Certains représentants de Santé Canada se demandaient toutefois si les renseignements se rendaient jusqu'aux aînés. Les porte-parole des provinces et des territoires, certains intervenants et des requérants non subventionnés se posaient la même question. Tous s'entendaient toutefois pour dire qu'il était impossible de déterminer avec certitude les renseignements qui se rendaient jusqu'aux aînés. Les répondants reconnaissaient aussi qu'il était difficile de joindre les aînés d'origine ethnique, les aînés analphabètes et ceux qui vivent en milieu rural.

L'enquête auprès des clients du grand public, qui a servi entre autres à recueillir l'avis des bénéficiaires du CCNTA, confirme l'observation selon laquelle le CCNTA a fourni aux aînés les renseignements dont ils avaient besoin pour faire des choix éclairés. Une majorité des aînés interrogés ont convenu qu'ils avaient obtenu, en s'adressant à la SA/DVA, des

renseignements et des services d'aiguillage qui, à leur tour, les ont incités à prendre des mesures pour améliorer leur santé, leur bien-être et leur autonomie.

Ces conclusions ne doivent pas être interprétées comme des critiques à l'endroit des programmes, puisque ni le PRAA ni le CCNTA ont été créés dans le but de diffuser des renseignements directement aux aînés. Les opinions exprimées par les représentants de Santé Canada et d'autres répondants laissent plutôt entendre qu'il serait possible d'offrir des avantages directs aux aînés en élaborant une stratégie de diffusion plus systématique de l'information aux aînés, particulièrement en ce qui concerne les publications du CCNTA.

L'enrichissement et la diffusion des connaissances et des ressources

L'examen des dossiers des projets du PRAA a permis de déterminer un certain nombre d'incidences et d'effets prévus, dont la plupart ont mené à l'augmentation et à la diffusion des connaissances et des ressources. En voici un bref aperçu :

- meilleur lien entre la recherche et la politique;
- soins plus efficaces aux patients;
- meilleure évaluation des nouveaux traitements;
- meilleur ciblage des activités de promotion de la santé;
- habilitation des aînés;
- meilleures méthodes pour diagnostiquer les maladies;
- mesures visant à prévenir les déficiences cognitives chez l'ensemble de la population.

Les produits les plus courants des projets du PRAA prenaient la forme de rapports de recherche (48 p. 100) ainsi que de publications et d'ateliers (22 p. 100) (p. ex., *Acte du Symposium intitulé La diversité et qualité méthodologiques de la recherche en santé et la recherche sociale appliquées dans le domaine du vieillissement*, 1994). De même, les projets du CCNTA produisaient essentiellement des publications (p. ex., la série *Écrits en*

gérontologie). Le soutien au Ministre n'apparaissait comme produit explicite que dans 16 p. 100 des dossiers examinés. Cette observation est significative, puisque l'objectif premier du CCNTA est de conseiller le Ministre.

Les dossiers du CCNTA renfermaient peu de renseignements sur les répercussions et les effets, sauf une exception notable, soit la publication d'un document de discussion sur le vieillissement et une campagne d'information publique abordant les problèmes des aînés et de la consommation des médicaments qui a connu beaucoup de succès selon les personnes interrogées.

Les activités des projets du CCNTA, tout comme celles du PRAA, visaient essentiellement à sensibiliser davantage les gens et à diffuser des renseignements. En tout, 68 p. 100 des 25 dossiers examinés mentionnaient une activité de communication, la même proportion tendaient à sensibiliser davantage la population aux questions touchant les aînés et presque la moitié (44 p. 100) visaient à diffuser des renseignements. Selon les membres du CCNTA interviewés et d'autres répondants, les publications du CCNTA ont été consultées par divers types de groupes d'aînés de toutes les régions du pays, par les députés et par les gouvernements provinciaux. Certains groupes se sont servis des publications pour informer les aînés de leur collectivité au sujet de questions importantes. D'autres groupes ont utilisé les renseignements pour faire des démarches auprès de divers ordres de gouvernement.

Selon le personnel de Santé Canada, le PRAA et le CCNTA ont fait faire des recherches sur une grande variété de sujets, comme les soins palliatifs, les questions relatives aux aidants et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Les renseignements ont été diffusés au moyen de documents, d'ateliers et d'autres genres de rencontres avec les décideurs et les chercheurs (par l'intermédiaire du PRAA) et avec certains aînés eux-mêmes (grâce au CCNTA). Les répondants ont cité en particulier l'exemple du Comité consultatif du PRAA qui, selon eux, a grandement contribué à rassembler et à diffuser les renseignements,

en réunissant divers chercheurs et intervenants. L'un des intervenants interviewés a déclaré que certaines études n'auraient pas été entreprises sans l'appui du PRAA.

Presque tous les répondants ont affirmé que l'une des grandes réalisations du CCNTA tient à la qualité et à la popularité des publications produites. Ils estimaient que les publications avaient non seulement contribué à l'avancement des connaissances et des recherches (notamment en gérontologie), mais, fait encore plus impressionnant, attiré l'attention des organisations d'aînés. Selon les membres du CCNTA, le Conseil a reçu au sujet de ses publications des commentaires remarquablement positifs.

En général, les intervenants interviewés ont convenu que la SA/DVA avait réussi à accroître et à consolider les connaissances grâce au travail du PRAA et, en particulier, du CCNTA. Ils ont utilisé les qualificatifs « utiles », « excellentes », « objectives et impartiales » et « actualisées » pour décrire les publications du CCNTA.

On a interviewé les responsables de quatre projets subventionnés par le PRAA. Ces derniers nous ont donné une bonne idée de la mesure dans laquelle ces projets atteignent leurs objectifs. Dans tous les cas, les requérants subventionnés ont déclaré que leur projet avait atteint tous ses objectifs ou était en voie de le faire.

La capacité de déterminer les besoins prioritaires des aînés et d'y satisfaire

L'examen des dossiers du CCNTA a révélé que les buts et objectifs des projets consistaient essentiellement à satisfaire à des besoins en matière d'information, c.-à-d. à combler des lacunes repérées à l'interne, dans le cadre de la revue de la documentation ou des rapports statistiques, ou à la requête du Ministre.

Un certain nombre de représentants de Santé Canada et de membres du CCNTA ont expliqué que le CCNTA sert de maillon reliant le gouvernement fédéral et les groupes d'aînés. Grâce à ses compétences, à son objectivité et à ses relations étroites avec le Ministre, le Conseil jouit d'une certaine crédibilité auprès des groupes de défense des aînés qui sont dissemblables et parfois extrêmement revendicatifs. Du point de vue du gouvernement, le CCNTA sert d'organisme efficace et articulé pour exprimer les besoins et les préoccupations des aînés canadiens tout en expliquant aux aînés la position du gouvernement.

L'un des intervenants a affirmé que le travail du CCNTA a une certaine incidence sur les stratégies qu'adopte son organisation pour répondre aux besoins des aînés.

Quant au Comité consultatif du PRAA, il a joué, selon les responsables de Santé Canada, un rôle important dans les efforts déployés pour axer la recherche sur les besoins les plus pressants des aînés.

L'élaboration et la promotion de politiques et de stratégies intégrées

De l'avis des fonctionnaires de Santé Canada, le PRAA a bien réussi à établir un pont entre la recherche et la politique, en veillant à ce que les chercheurs et les décideurs des diverses régions du pays aient l'occasion de travailler ensemble.

Un certain nombre de représentants de Santé Canada étaient d'avis que les publications du CCNTA, notamment les énoncés de position et les publications diverses, avaient permis de sensibiliser les professionnels aux besoins particuliers et aux préoccupations des aînés, faisant ainsi des questions touchant aux aidants, à la santé mentale et aux mauvais traitements infligés aux aînés des questions d'actualité. Le partage de ces renseignements avec

le public, les professionnels, les chercheurs, les décideurs et les aînés eux-mêmes a mené à une meilleure cohérence au niveau des approches utilisées.

La mesure dans laquelle le CCNTA a su influer plus directement sur la politique est moins nette. L'objectif premier du CCNTA consiste à fournir des conseils au gouvernement fédéral, et en particulier au ministre de la Santé, sur les questions relatives aux aînés et au vieillissement. Appelés à évaluer cet objectif en fonction de l'influence exercée sur la politique gouvernementale, les répondants ont déclaré en général que le CCNTA avait connu dans ce domaine un succès mitigé au mieux, puisqu'ils étaient incapables de relier l'évolution de la politique gouvernementale aux travaux du CCNTA ou aux conseils formulés par ses membres. Bon nombre de répondants se sont empressés d'ajouter qu'il leur était très difficile d'évaluer l'influence exercée par le CCNTA sur le gouvernement.

Les membres du CCNTA qui ont été interviewés étaient convaincus que le ministre de la Santé avait amplement l'occasion de découvrir les opinions du CCNTA, grâce aux énoncés de position, aux autres documents produits par le Conseil et systématiquement envoyés au cabinet du Ministre et aux séances d'information que le président du Conseil tient de temps à autre à l'intention du Ministre. Par conséquent, certains répondants estimaient que les renseignements diffusés par le CCNTA pouvaient avoir une incidence globale significative sur le gouvernement fédéral. Pourtant, la plupart des répondants avaient l'impression que le CCNTA avait du mal à avoir l'oreille du Ministre.

En ce qui concerne les répercussions concrètes sur la politique, l'exemple le plus souvent cité par les répondants du CCNTA est la rencontre du Conseil avec le ministre des Finances avant le dépôt du dernier budget fédéral. Ils étaient d'avis que le Ministre avait écouté attentivement les membres du CCNTA qui ont exposé leur position sur les pensions et d'autres questions connexes et que, en bout de ligne, la position du gouvernement, telle que figurant dans le budget, correspondait assez bien à celle du CCNTA.

Certains membres du CCNTA et quelques représentants de Santé Canada estimaient que le Conseil, ne parvenant pas toujours à capter l'attention du Ministre, s'était tourné vers les intervenants et les aînés, qui étaient devenus ses principaux interlocuteurs.

Meilleures compréhension et acceptation du vieillissement et des aînés

Les avis étaient partagés en ce qui a trait à la capacité de la SA/DVA de promouvoir une image positive et réaliste des aînés au moyen de la recherche. La plupart des intervenants avaient du mal à se prononcer à ce sujet, tandis que d'autres pensaient que les publications, surtout celles du CCNTA, réussissaient à détruire certains mythes et stéréotypes en diffusant des données factuelles et en décrivant de vraies situations.

D'autres répondants ont affirmé qu'il leur était difficile d'évaluer les répercussions dans ce domaine. Nombreux sont ceux qui ont également affirmé que cet aspect était moins important que les autres.

(c) Les activités internes de la SA/DVA

L'évaluation a fait ressortir un certain nombre d'observations utiles sur les répercussions et les effets des activités de la SA/DVA autres que celles examinées dans les deux sections précédentes.

Selon l'examen d'un échantillon aléatoire des dossiers des projets internes de la SA/DVA, la santé et le bien-être sont les principaux besoins auxquels les projets internes

tendent à satisfaire. L'autonomie et les obstacles à la participation représentent deux autres objectifs que visent environ la moitié des projets étudiés. Les principaux groupes cibles des projets internes étaient les aînés en général ou une combinaison d'autres intervenants, comme le grand public, les professionnels de la santé, le personnel de la SA/DVA, le CCNTA, les chercheurs en matière de politique et les ministres fédéral et provinciaux.

Les activités les plus courantes des projets internes avaient trait à la diffusion de renseignements, puis à l'organisation d'ateliers, aux communications et à l'acquisition de nouvelles connaissances. Dans la majorité des dossiers des projets internes, on notait la formation de partenariats, surtout à l'intérieur de Santé Canada, mais également avec d'autres ministères fédéraux.

Les répercussions et les effets des activités de la SA/DVA, tels que décrits dans les dossiers internes, varient grandement. Les grandes réalisations comprennent entre autres :

- la reconnaissance au niveau international des recherches sur l'espérance de vie sans incapacité;
- le succès remporté par le symposium, jugé innovateur, organisé par le PRAA sur la diversité et la qualité méthodologiques de la recherche en santé et de la recherche sociale appliquées dans le domaine du vieillissement, qui a mené entre autres à la création possible de réseaux, surtout entre les décideurs et les organisations des aînés;
- un *Répertoire des projets subventionnés par le PRAA*;
- des leçons précieuses tirées de l'examen de la politique sur le vieillissement et les aînés;
- la deuxième édition du guide des ressources des aînés;
- la première rencontre des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, qui a favorisé la collaboration.

Selon les fonctionnaires de Santé Canada, la Division a parrainé bon nombre de réunions, forums, tables rondes et conférences sur une variété de sujets, auxquels ont participé toute une brochette d'intervenants. Par exemple, le symposium de la SA/DVA sur la diversité et la qualité méthodologiques de la recherche en santé et de la recherche sociale appliquées dans le domaine du vieillissement a permis de réunir de nombreux décideurs, chercheurs et intervenants. Il semble que ces gens aient peu d'occasions d'échanger directement et la tenue de ce congrès leur a offert une occasion rêvée de rencontrer leurs collègues et de partager des renseignements. Les délibérations de ce congrès ont été publiées et ont grandement contribué à faire avancer les connaissances dans ce domaine.

Le *Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés* était considéré comme un outil important pour diffuser des renseignements directement aux aînés. Ce guide a été mis à jour régulièrement et réimprimé dans le but de satisfaire la forte demande provenant des personnes âgées et des organisations des aînés.

L'examen des dossiers internes a fourni quelques renseignements sur l'utilisation de l'effet de levier et la formation de partenariats. Bien que certains renseignements aient laissé croire que les partenaires ont contribué financièrement aux projets, on a trouvé dans seulement 3 des 30 dossiers examinés des données confirmant la contribution financière des partenaires. Des contributions en nature étaient consignées dans seulement deux des dossiers étudiés.

Le soutien au CCNTA

Toutes les personnes consultées ont affirmé que le personnel de la Division avait fourni un très bon soutien au CCNTA, notamment en lui remettant des rapports de recherche et d'autres documents, en organisant les réunions du Conseil et en l'aidant à communiquer avec le Ministre. Les membres du CCNTA en particulier prodiguaient des louanges en ce qui

concerne l'appui qu'ils obtiennent du personnel de Santé Canada, qu'ils jugeaient « dévoué », « intelligent » et « acharné ». Quant aux responsables de Santé Canada appelés à soutenir le CCNTA, ils ont dit n'avoir aucune difficulté à aider le CCNTA.

L'orientation de l'élaboration des programmes, des politiques et des stratégies

Selon les porte-parole des organismes centraux, la SA/DVA n'a exercé qu'une influence minime sur les politiques et les programmes des autres intervenants, faute surtout d'un bon groupe d'analystes de politiques.

Toutefois, le personnel de Santé Canada évaluait, en général, de façon plus positive l'influence de la SA/DVA dans ce domaine. Certains ont fait remarquer que, grâce aux recherches internes et au leadership de la SA/DVA, tous les gouvernements ont consacré plus d'efforts pour créer une base de données visant à faciliter l'élaboration des politiques.

Les représentants de Santé Canada ont également affirmé que la SA/DVA avait réussi à convaincre les autres ministères fédéraux et les divers ordres de gouvernement de s'intéresser aux problèmes des aînés. De plus, les autres ministères fédéraux ont appris à consulter directement les aînés à divers égards.

Le Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés, dirigé par Santé Canada, coordonne les efforts déployés par l'ensemble de la fonction publique fédérale à l'intention des aînés. Le Comité tient des réunions trimestrielles sur les questions relatives aux aînés et est formé de représentants de 22 ministères.

Le Comité interministériel joue un rôle clé en sensibilisant les ministères fédéraux. Ceux qui connaissent le Comité le considèrent comme un véhicule qui parvient efficacement à diffuser des renseignements et à favoriser la collaboration des ministères à divers projets. Les membres du Comité convenaient qu'il était nécessaire et utile d'avoir un comité interministériel qui se penchait sur les questions relatives aux aînés. Le Comité a permis à ses membres de comprendre les initiatives actuelles des divers ministères et a sensibilisé les gens aux problèmes associés aux aînés et au vieillissement.

Le rôle du Comité dans l'élaboration de la politique sera bientôt renforcé, dès l'approbation du nouveau mandat. Bien qu'il ne soit pas encore en vigueur, le nouveau mandat donnera probablement au Comité la latitude voulue pour : 1) établir des priorités concernant la politique, les recherches et les programmes visant les aînés (fondés sur un nouveau Cadre sur le vieillissement); 2) surveiller les activités fédérales en regard des nouvelles priorités; 3) piloter les dossiers interministériels.

Le *Cadre sur le vieillissement* qui vient d'être conçu a été cité par un certain nombre de représentants de Santé Canada comme un bel exemple des efforts que déploie la Division pour élaborer une politique intégrée du vieillissement. Ce cadre englobe une déclaration sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés, des énoncés de principe et des questions d'évaluation, un répertoire des politiques en vigueur et un système de surveillance. Le document se fonde sur des consultations effectuées auprès des autorités fédérales, provinciales et territoriales ainsi que sur de vastes consultations menées auprès des personnes âgées. Le document a reçu l'appui du Ministre en juin 1996. Pour l'instant, les éléments du Cadre n'ont pas tous été arrêtés.

Peu de porte-parole des provinces et des territoires ont donné leur avis sur la capacité de la SA/DVA d'élaborer et de promouvoir des politiques et des stratégies intégrées. Bon nombre d'entre eux ont avoué qu'ils n'étaient pas en mesure de l'évaluer. D'autres ont affirmé que, si la SA/DVA avait déployé des efforts dans ce sens, l'intégration des politiques

commençait à peine. L'un des représentants provinciaux-territoriaux a toutefois déclaré que l'élaboration de politiques et de programmes est la grande force de la SA/DVA. Ce répondant a ajouté que la DVA avait pris les rênes du groupe de travail fédéral-provincial-territorial et qu'elle avait accompli un travail exceptionnel.

L'enrichissement et la diffusion des connaissances et des ressources

La majorité des clients du grand public qui ont été interviewés (61 p. 100) se sont adressés au Ministère au nom de leur organisation, ce qui a pu avoir un effet multiplicateur au niveau de la diffusion des renseignements.

Cette hypothèse est grandement corroborée par un autre résultat de l'enquête. Les répercussions et effets du programme sur les clients du grand public ont été analysés séparément pour les clients qui étaient âgés et ceux qui ne l'étaient pas. Comme le montre la pièce 4.4, même si la répercussion la plus souvent mentionnée reste l'approfondissement des connaissances des personnes non âgées, les autres répercussions sont essentiellement liées à la diffusion des connaissances ou à l'intégration des connaissances dans une activité plus vaste.

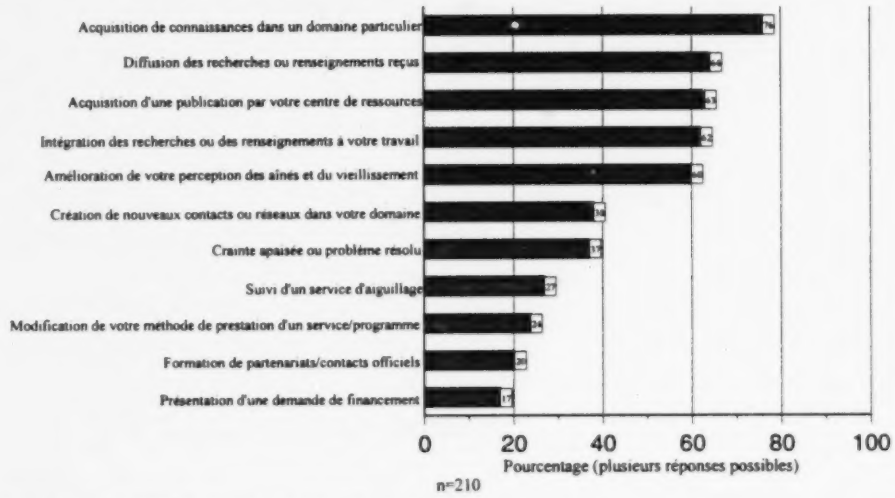
Chez les clients du grand public qui étaient âgés, les contacts avec le Ministère ont eu des répercussions et des effets similaires, axés sur la sensibilisation des aînés eux-mêmes (à des questions comme la nutrition ou l'exercice physique) ou l'accroissement de leur capacité de communiquer des renseignements précis à d'autres.

Il convient aussi de noter que les renseignements, conseils ou services d'aiguillage offerts aux clients non âgés du grand public ont eu des répercussions notables sur la façon dont ces clients perçoivent les aînés et le vieillissement. C'est d'ailleurs l'une des répercussions mentionnées par la majorité des répondants (60 p. 100).

PIÈCE 4.4

Répercussions du programme : Personnes non âgées
Points de vue des clients du grand public

« Quelles ont été les répercussions des renseignements, des conseils ou des services d'aiguillage que vous avez reçus des programmes de Santé Canada sur les aînés et le vieillissement? »



Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des clients du grand public, 1996

4.4 Les répercussions imprévues

Nous avons relevé très peu de répercussions et d'effets non prévus au cours de notre évaluation. L'examen des dossiers, la revue de la documentation et les enquêtes n'ont fourni aucune donnée à ce sujet, et la plupart des répondants ont déclaré au cours des entrevues n'avoir observé *aucune* répercussion imprévue des activités et des projets de la SA/DVA.

Une minorité de participants aux entrevues ont mentionné les résultats *positifs* non prévus suivants :

- depuis leur participation à divers projets, certaines organisations d'aînés exercent des pressions très efficacement;
- grâce au succès des projets, certains aînés ont acquis beaucoup plus de pouvoir qu'on ne l'aurait cru à l'origine;
- la portée d'un projet s'est étendue sans frais supplémentaires;
- un groupe cible non prévu a été sensibilisé aux questions liées aux aînés et au vieillissement et des liens ont été établis avec des partenaires non prévus;
- certaines retombées non prévues ont été observées, comme la mise en oeuvre d'un projet dans une autre région;
- étant donné l'efficacité avec laquelle ils ont réussi à établir les priorités de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population, les employés de la SA/DVA servent de modèles aux autres groupes de Santé Canada chargés d'étudier divers « cycles de la vie » (p. ex., les groupes s'intéressant aux enfants et aux jeunes, aux questions liées à l'âge mûr);

Des répercussions *négatives* imprévues ont également été observées par une minorité de répondants, y compris :

- les organismes d'aînés subventionnés dans le cadre des programmes de financement communautaire peuvent apprendre à compter sur ce genre de soutien financier. Lorsque leur subvention prend fin, ils peuvent demander de l'aide financière de leur gouvernement provincial ou territorial, mais leur demande est généralement rejetée;
- on a remarqué un certain antagonisme entre les organisations subventionnées et les groupes non subventionnés, ceux-ci jugeant injustes l'examen des propositions et les subventions approuvées;
- comme les grandes organisations possèdent plus de compétences et de ressources pour préparer une bonne proposition et obtenir du financement, certaines petites organisations ont du mal à poursuivre leurs activités et à obtenir de l'aide financière;
- la promotion de partenariats entre organisations — qui avaient l'habitude de rivaliser pour obtenir des fonds — peut intensifier la concurrence déjà assez vive et engendrer des conflits;

- les responsables dont les projets remportent du succès peuvent parfois avoir l'impression d'être punis pour leurs réussites lorsque les autorités leur refusent d'autres subventions, en affirmant que leur projet devrait pouvoir s'autofinancer.

4.5 Les points forts

Les répondants de tous les groupes consultés s'accordent pour dire que le personnel de la SA/DVA est l'un des grands points forts de cette dernière. Ils estiment que les employés de la SA/DVA sont bien informés, ont un niveau de compétence et d'expérience très élevé et ont à coeur les questions liées aux aînés et au vieillissement. Le personnel régional de Santé Canada, les porte-parole des provinces et des territoires, les représentants des organismes centraux et divers intervenants ont mentionné, parmi les points forts, la capacité de la SA/DVA de mettre en lumière les problèmes des aînés et d'offrir du leadership aux autres ministères fédéraux ainsi qu'aux gouvernements provinciaux et territoriaux en leur montrant la façon d'aborder les questions relatives aux aînés. Certains estiment que la SA/DVA sert de point central dans la fonction publique fédérale pour toutes les questions relatives aux aînés et au vieillissement. Dans le même ordre d'idée, certains employés régionaux de Santé Canada se réjouissent de la synergie qui existe entre les divers éléments de la SA/DVA et les liens étroits observés entre les divers éléments depuis le remaniement de la structure de la SA/DVA. Cette cohésion entre les éléments a également été reconnue comme un point fort par les intervenants.

La fonction de financement de la SA/DVA est également considérée comme l'un des points forts (surtout par les porte-parole des provinces et des territoires, les intervenants, et les requérants subventionnés et non subventionnés), et ce pour un certain nombre de raisons. Le financement signifie, en général, que des subventions sont accordées à de grands projets qui ont besoin de sommes considérables (p. ex., des projets communautaires et des travaux de

recherche) ainsi qu'à des travaux de recherche. Pour au moins quelques-uns des répondants, le financement de la recherche est très important, puisque, à leur avis, si Santé Canada ne s'en occupe pas, personne d'autre ne s'en chargera. Ensuite, fait peut-être plus important encore que les subventions elles-mêmes, il faut mentionner la participation des aînés aux projets subventionnés. Selon les répondants et en particulier les intervenants et les requérants subventionnés, la SA/DVA prône grandement la participation des aînés à ses projets et à ses activités. Dans le même ordre d'idée, la capacité de la SA/DVA de former des partenariats est considérée comme un autre point fort tant par les intervenants que par les requérants subventionnés et non subventionnés.

Les répondants de tous les groupes consultés, exception faite des représentants des organismes centraux, ont mentionné les publications de la SA/DVA et celles du CCNTA parmi les points forts. Ces documents renferment des renseignements qu'on dit faciles à comprendre et pertinents, les publications sont bien diffusées et, selon certains répondants (notamment les membres du CCNTA), les publications sont également opportunes et d'actualité.

Bien que les répondants ne l'aient pas explicitement décrit comme un point fort de la SA/DVA, le fait que la SA/DVA rende la réalisation de nombreux projets possible peut être considéré en soit comme un point fort. La majorité des requérants subventionnés qui ont été interviewés dans le cadre de cette étude croient que leur projet n'aurait jamais vu le jour sans l'aide financière de la SA/DVA. Quelques répondants pensent que leur projet serait allé de l'avant, mais à un rythme plus lent et sans la même portée. Le financement octroyé par la SA/DVA a permis à leur projet d'atteindre plus de gens et d'organiser plus d'activités, tout cela dans un délai plus court. C'est également l'avis des requérants non subventionnés qui déclarent que seule une faible minorité de projets ont pu obtenir de l'aide financière d'une autre source et que certains projets n'ont pu être réalisés complètement.

Enfin, le fait que les responsables de la majorité des projets de Nouveaux Horizons examinés dans le cadre de cette étude (71 p. 100) ont déclaré que leur projet s'autofinançait ou était au moins en voie de devenir autosuffisant (puisqu'ils prenaient des mesures à cette fin) peut être considéré comme un point fort de la SA/DVA[36].

En ce qui a trait aux objectifs à court terme de la SA/DVA, les points forts susmentionnés prouvent que la SA/DVA cherche à atteindre ses objectifs à court terme qui consistent à stimuler et à accroître le développement et le rassemblement des connaissances et à fournir aux aînés l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés. Grâce à ses programmes de financement, la SA/DVA tend vers son orientation stratégique à long terme qui consiste à éliminer les obstacles à l'engagement et à la participation des aînés dans la société. L'atteinte de ces objectifs à court terme et de ces orientations stratégiques à long terme peut, en fait, influer sur les autres objectifs à court terme (p. ex., promouvoir et favoriser une description réaliste du vieillissement et des aînés) et orientations stratégiques à long terme (p. ex., amener la société à mieux comprendre et à mieux accepter le vieillissement et les aînés).

4.6 Les points faibles

Les répondants signalent trois grandes faiblesses de la SA/DVA : certains aspects du processus de financement des projets communautaires; le manque de relief; la coordination et la communication. L'insuffisance des fonds en général et, en particulier, du financement permanent et de fonds pour les projets à long terme, correspond au point faible le plus souvent mentionné par tous les répondants, exception faite des représentants des organismes centraux, des gestionnaires de l'administration centrale de Santé Canada et des

36. Une plus faible proportion de projets des autres programmes s'autofinançaient (p. ex., PAA — 28 p. 100; Alliances pour l'autonomie — 38 p. 100; NHPA — 21 p. 100), aux dires des responsables. Cela s'explique en partie par le peu de renseignements sur l'autosuffisance que renfermaient les documents examinés (seulement 9 des 42 projets de NHPA fournissaient des renseignements à ce sujet).

porte-parole des provinces et des territoires. Parallèlement au manque de fonds, la pénurie de ressources en général, y compris de ressources humaines au sein de la SA/DVA, a été observée par le personnel régional de Santé Canada et les bénéficiaires de fonds.

Le manque de relief de la SA/DVA a aussi été grandement décrié par la majorité des groupes de répondants (à l'exception des représentants des organismes centraux et du CCNTA). On reproche à la SA/DVA de ne pas avoir assez fait connaître ses activités ou son mandat à la population en général (à part les gens associés aux programmes et les intervenants). Les gens connaissent parfois certains programmes (comme Nouveaux Horizons), mais ne savent pas ce qu'est la SA/DVA, les initiatives qu'elle entreprend, la façon dont elle peut leur être utile (le financement qu'elle peut leur accorder) ou l'incidence que ses activités peuvent avoir sur leur vie. Les répondants estiment que la SA/DVA ne devrait pas se contenter de diffuser des renseignements sur ses activités, mais devrait aussi communiquer ses réussites à l'ensemble de la société. Étant donné le nombre d'activités de la SA/DVA où les intervenants ont agi à titre de participants ou de partenaires (p. ex., *Connexions '95*, le bulletin *Info-Échange pour les aînés*, l'établissement des priorités de NHPA), il est intéressant de constater que les intervenants déplorent le manque de relief de la SA/DVA. Tout en demeurant l'un des points faibles qui ont été perçus, ce « manque de relief » peut être attribuable à la réorganisation et au remaniement effectués au cours des deux stratégies. Il est difficile de promouvoir efficacement ses programmes et ses objectifs lorsque le contexte change constamment. À l'heure actuelle, la promotion du programme souffre de l'incertitude qui règne quant à l'orientation ultérieure des programmes de Santé Canada concernant les aînés et le vieillissement. Néanmoins, il s'agit, de l'avis des répondants, d'un point faible à corriger.

Bien que les activités de coordination aient été un facteur crucial dans l'absence de dédoublement des programmes et des activités, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, ce domaine est néanmoins perçu par les répondants comme la troisième grande faiblesse de la SA/DVA. Certains répondants estiment qu'il y a lieu d'améliorer la coordination et la communication entre l'administration centrale de la SA/DVA et les bureaux régionaux

(observation du personnel régional de Santé Canada), entre les gouvernements provinciaux et territoriaux (observation des porte-parole des provinces et des territoires et des requérants non subventionnés) et le gouvernement fédéral, de même qu'entre les ministères fédéraux (observation des représentants des organismes centraux et des intervenants). La création du Comité interministériel et la tenue de rencontres fédérales-provinciales-territoriales sont autant de mesures prises pour tenter de corriger cette faiblesse.

Outre les points faibles susmentionnés, d'autres faiblesses ont été mentionnées moins souvent. Certains intervenants et bénéficiaires de fonds ont critiqué le processus de demande de financement. Certains déploraient la lenteur du processus de sélection des projets à subventionner. Cette lenteur crée des problèmes aux associations qui possèdent des budgets annuels qui doivent être dépensés. D'autres ont mentionné que les demandes de financement étaient difficiles à remplir. Certains intervenants estimaient aussi que de bons projets étaient rejetés, parce que les conditions étaient trop contraignantes (p. ex., les projets devant viser les aînés à risque). Enfin, le processus d'examen par les pairs du financement des programmes communautaires faisait l'objet de critiques, certains intervenants déplorant son manque de transparence et de rétroaction.

La lenteur à tirer des leçons des activités, notamment dans le cas des projets de financement communautaire, est un autre point faible qu'ont mentionné des gestionnaires de l'administration centrale et le personnel régional de Santé Canada. Les répondants étaient d'avis qu'il était possible de rassembler les résultats d'un grand nombre de recherches et les connaissances acquises au niveau communautaire, d'en faire la synthèse et de les diffuser, mais qu'il arrivait trop souvent que les projets soient menés en l'absence d'un cadre de recherche. Cette affirmation est dans une certaine mesure appuyée par les analystes chargés de l'examen des dossiers dans la cadre de la présente évaluation, qui ont trouvé très peu de rapports d'évaluation ou de documentation sur les leçons tirées des activités. Cela s'explique toutefois

en partie par le fait que les programmes n'exigent pas tous la présentation d'un rapport final ou d'une évaluation, que certains projets venaient tout juste de prendre fin et que d'autres se poursuivaient toujours. De plus, le fait que la préparation d'évaluations fait maintenant partie des exigences des projets de Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés prouve que des mesures sont prises pour corriger la situation. La mesure dans laquelle les renseignements sur les leçons tirées, tels que consignés dans les évaluations de projet, sont diffusés reste à déterminer.

Les répondants ont mentionné d'autres faiblesses :

- le manque de synthèse dans le domaine de la recherche (personnel régional de Santé Canada);
- les objectifs et la vision de la SA/DVA sont trop vagues (représentants des organismes centraux);
- les stratégies plus « douces » de promotion de la santé n'ont pas été assez efficaces et rentables (représentants des organismes centraux);
- les modifications découlant des changements apportés à la structure ont eu des répercussions négatives sur la prestation du programme - p. ex., les changements déconcertaient les groupes communautaires et la nouvelle exigence en matière d'innovation compliquait le processus de demande (personnel régional de Santé Canada);
- l'accent devrait être mis davantage sur la formation de partenariats (intervenants);
- certains gestionnaires de l'administration centrale de Santé Canada estiment que l'ancien programme Nouveaux Horizons ne se montrait pas tellement sélectif dans le choix des activités qu'il finançait. Certains pensent que le gouvernement fédéral n'avait plus les moyens d'appuyer ce genre de programme. Il convient toutefois de noter que l'ancien programme n'était pas conçu pour être sélectif ou normatif, puisqu'il visait à appuyer les projets organisés pour les aînés et par les aînés. Cela ne signifie pas cependant que Nouveaux Horizons n'a pas eu de répercussions positives (p. ex., soutien social). En fait, les intervenants étaient d'avis que le programme Nouveaux Horizons avait été fort bénéfique et avait répondu aux besoins des principaux groupes d'aînés à risque - c.-à-d. de ceux qui n'avaient accès à aucun réseau social.

Enfin, le fait que seule une minorité des projets de NHPA (21 p. 100), du PAA (28 p. 100) et d'Alliances pour l'autonomie (39 p. 100) examinés s'autofinançaient ou étaient en voie de devenir autosuffisants, aux dires des responsables, peut être considéré comme une faiblesse de la SA/DVA. Il convient toutefois de noter que certains de ces projets étaient peut-être des projets ponctuels et que les projets en cours n'avaient peut-être pas encore atteint le stade où le processus d'autosuffisance s'amorce.

En ce qui a trait aux objectifs à court terme de la SA/DVA, les points faibles susmentionnés portent à conclure qu'il reste encore du travail à faire pour accroître le développement et le rassemblement des connaissances et pour influer sur l'orientation des programmes et des stratégies efficaces qui répondraient aux besoins des aînés. Sur le plan des orientations stratégiques à long terme, il faut s'employer davantage à éliminer les obstacles à l'engagement et à la participation des aînés dans la société.

CHAPITRE

5 SOLUTIONS DE RECHANGE

5.1 La rentabilité des programmes et des activités financés par la SA/DVA

La plupart des répondants des divers groupes qui ont été interviewés dans le cadre de cette enquête ont eu du mal à évaluer la rentabilité des programmes et des activités financés par la SA/DVA. L'information existant sur les projets entrepris par la SA/DVA ne fournit pas le genre de données d'évaluation permettant d'analyser les coûts et les avantages. En général, les répondants croient que l'approche de la SA/DVA — consistant à préconiser la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés — devrait produire des résultats rentables. L'autonomie — c.-à-d. l'absence de dépendance à l'égard des autres — et un niveau de vie élevé ont des répercussions importantes et positives sur les coûts des soins de santé et, aux dires des répondants, peuvent contribuer à diminuer les dépenses liées à la santé et aux services sociaux. Il semble également acquis et fondé de dire que les soins communautaires sont moins coûteux et préférables à l'institutionnalisation. Baker (1988) fait remarquer que nombre d'auteurs laissent entendre qu'il faudrait procéder à d'importantes réformes plutôt qu'à une expansion du système de santé, pour mettre davantage l'accent sur la prévention, les soins communautaires et à domicile et le recours à divers types de praticiens. Baker présente l'entraide et l'autogestion de la santé comme des stratégies peu coûteuses susceptibles

d'améliorer la santé et les conditions de vie (voir également Smith et Longino, 1994; Addleman, 1995).

La décentralisation des services de soutien des aînés au profit des collectivités est considérée dans la documentation comme une grande tendance à long terme. Nombre d'experts du domaine précisent cependant que le virage vers les soutiens informels et les services communautaires doit être accompagné de soutiens appropriés pour éviter d'accroître le fardeau des aidants informels au sein de la famille et les pressions exercées sur la relation aidant-aîné (Walker, 1991). La hausse prévue de la population d'aînés exige que des solutions rentables de soins intermédiaires soient offertes aux familles et aux organismes communautaires pour les aider à prendre soin de la population vieillissante. Entre autres solutions, citons : les soins de relève, la formation des aidants, des services de garderie pour les enfants des aidants et le transport. Selon Gee et McDaniel (1993), le soutien devrait cibler les femmes d'âge moyen, car elles constituent la majorité des aidants informels et ont elles-mêmes besoin d'aide. Les auteurs signalent que les décideurs ont tenu pour acquis cette source d'aidants informels, et qu'il serait temps d'élaborer des stratégies en vue de les aider. Santé Canada et la SA/DVA pourraient avoir un rôle à jouer dans le financement de la recherche visant à établir la rentabilité de diverses approches des soins communautaires.

Bien que la plupart des intervenants conviennent de la rentabilité globale d'un vieillissement en santé et dans l'autonomie, ainsi que des soins communautaires, nous disposons de bien peu d'éléments probants tangibles qui examinent la rentabilité *relative* des diverses composantes et approches de la SA/DVA conçues pour atteindre ces objectifs. Selon certains répondants importants de Santé Canada à l'administration centrale, la détermination de la rentabilité n'est pas facile parce que les activités et les approches de la SA/DVA ont des objectifs et des échéanciers différents. Par exemple, on s'attendrait à ce que les répercussions des activités axées sur la recherche soient de plus longue durée que les programmes communautaires. D'un autre côté, même si la recherche peut exiger

un investissement initial plus élevé, les résultats de celle-ci peuvent influer sur la santé et le bien-être de nombreux aînés.

Un grand nombre de répondants ont aussi signalé que plusieurs des approches que le programme pourrait adopter devraient être considérées comme étroitement liées, l'efficacité et la rentabilité d'un élément étant fonction des autres. Autrement dit, cette approche « globale » suggère qu'il serait peu judicieux de compter exclusivement sur une ou deux approches relativement plus rentables au détriment des autres, ce qui entraînerait une réduction de la rentabilité globale des programmes pour les aînés.

Même s'il n'y a pas eu de consensus sur la question de la rentabilité, certains représentants régionaux ont tendance à juger qu'une partie des activités de recherche du PRAA s'éloignent un peu trop des besoins pratiques des aînés et qu'en conséquence, il se pourrait qu'elles ne soient pas aussi rentables que d'autres composantes de la SA/DVA. Tous les bénéficiaires de fonds estiment que leurs programmes sont rentables parce qu'ils reposent sur le bénévolat et les partenariats.

Les experts interrogés dans le cadre de l'évaluation se sont également montrés prudents dans leurs observations au sujet de la rentabilité. Nombre d'entre eux ont souligné la difficulté de mesurer la rentabilité des services sociaux ou ont indiqué qu'ils n'ont pas assez d'information à leur disposition pour tirer des conclusions sur la rentabilité. Deux de ces experts ont toutefois fait remarquer que la SA/DVA a amélioré sa rentabilité en optant pour un financement plus ciblé.

Il convient de noter que la SA/DVA tente de veiller à la rentabilité des activités préliminaires de nombreux projets. Par exemple, dans les programmes communautaires prévus dans le cadre de NHPA, les critères de financement sont établis de manière à ce que les projets soient novateurs et répondent aux *besoins* des aînés de la localité. Le fait que le programme mette l'accent sur les aînés « à risque » constitue une importante évolution par rapport au

programme Nouveaux Horizons. De même, le PRAA octroie des fonds à la recherche en fonction de priorités établies, à l'aide d'un examen par les pairs ou d'un concours. Un comité consultatif examine et suit de près la recherche pour s'assurer que les sous-objectifs visés par celle-ci sont atteints.

Bien que nous manquions de données probantes tangibles sur la rentabilité relative des programmes, nombre de répondants ont cependant été capables de dégager les facteurs clés associés à la rentabilité et à la réussite des programmes. Selon eux, un accent accru sur ces facteurs ou la modification des activités et des programmes actuels en fonction de ces caractéristiques permettraient de rehausser leur rentabilité globale. D'après les observations de tous les groupes de répondants, on peut dégager cinq grands facteurs influant sur la rentabilité. Les voici :

- ***La clarté des critères, la surveillance et la reddition des comptes*** ont été citées comme facteurs clés permettant d'assurer et d'accroître la rentabilité. Les critères de financement des programmes et des activités de la SA/DVA devraient mettre l'accent sur les *besoins*. En outre, il faudrait bien comprendre les ressources minimales requises pour répondre aux besoins cernés. Les « besoins » ont été mentionnés comme étant un facteur particulièrement pertinent pour ce qui est de la conception et de l'exécution de programmes de financement communautaire. Grâce à la surveillance des programmes et des activités et à la reddition des comptes s'y rattachant, il est possible de protéger les investissements publics et de tirer des expériences passées des leçons applicables à d'autres programmes ou activités.

- ***Le partage de l'information et les économies d'échelle*** permettent de ne pas investir inutilement de ressources dans des programmes, des activités et des produits élaborés et mis à l'essai dans d'autres contextes. Constamment « réinventer la roue » se révèle coûteux. Dans la mesure où l'information est partagée et les investissements dans les programmes augmentent, on peut dire que la rentabilité est améliorée.

- ***Les activités d'extension*** sont considérées comme un des principaux déterminants de la rentabilité. Par exemple, les programmes et les activités qui se traduisent par de l'information ou des produits concrets (p. ex., des publications, des vidéos, du matériel de formation) peuvent être diffusés moyennant un faible coût additionnel et atteindre un très vaste public.

- ***les programmes et activités de prévention*** sont perçus comme étant très rentables. Même si les approches axées sur le traitement ne pourront jamais être entièrement éliminées, nombre d'observateurs jugent que les politiques actuelles sont orientées vers les aînés malades au détriment des aînés « en santé ». Il ressort de la documentation traitant de la question qu'il faudrait investir davantage de ressources dans la prévention, notamment dans des stratégies d'entraide et d'autogestion de la santé. Chacun sait que la prévention (des blessures comme des maladies) coûte moins cher que le traitement requis par une blessure ou une maladie.

- ***Les partenariats et le parrainage***, malgré qu'ils exigent beaucoup de temps et d'argent au départ, sont jugés rentables à long terme parce qu'ils permettent de bénéficier de ressources humaines et financières supplémentaires. Certains répondants ont indiqué que la SA/DVA pourrait établir davantage de partenariats avec le secteur privé. Dans le même ordre d'idées, certains ont suggéré que la SA/DVA encourage fortement le recours aux bénévoles en vue de rehausser la rentabilité.

Les principes exposés par les répondants importants ne laissent pas entendre que la SA/DVA doive apporter des modifications fondamentales pour améliorer la rentabilité. En fait, un expert a fait remarquer que, même s'il est d'accord avec les principes susmentionnés, l'application de ceux-ci ne pourrait entraîner que de modestes améliorations. Dans une large mesure, la SA/DVA a tenu compte de tous ces principes dans le cadre de ses projets actuels. Comme il a déjà été mentionné, l'approbation du financement de projets communautaires et d'initiatives de recherche est fondée sur des critères et des priorités établies. Le chapitre 4 présente les produits élaborés et diffusés par la SA/DVA. En général, ces produits ont été mis au point avec l'aide de partenaires et ont été distribués aux organismes, aux gouvernements et aux aînés eux-mêmes. Le CCNTA et les programmes de financement communautaire ont beaucoup fait appel aux bénévoles pour assurer la rentabilité de leurs programmes.

Si on note des faiblesses dans la mesure dans laquelle ces principes sont appliqués aux activités de la SA/DVA, c'est sur le plan de la surveillance et de la reddition des comptes, du partage de l'information et des partenariats. Le personnel des organismes centraux qui a été interviewé a mentionné la nécessité de clarifier les objectifs de la SA/DVA, de même que ses projets, pour favoriser une meilleure surveillance permanente et une évaluation de l'atteinte des objectifs. Pour ce qui est du partage de l'information, certains répondants, en

particulier le personnel travaillant dans les régions et les représentants provinciaux et territoriaux, ont indiqué qu'il faudrait communiquer davantage avec le personnel de l'administration centrale de Santé Canada. Marshall (1993) a également préconisé une meilleure coordination des initiatives fédérales, provinciales et locales touchant le vieillissement et la santé. Marshall est à la fois en faveur d'une coordination accrue et d'une meilleure circulation des données entre les divers ordres de gouvernement. Les structures officielles et officieuses de partage de l'information semblent être en place, mais il importe de continuer d'élargir les voies de communication entre Ottawa et les intérêts régionaux et provinciaux-territoriaux. Quelques répondants des provinces et territoires et certains intervenants ont mentionné le troisième domaine — les partenariats — parmi les points pouvant être améliorés encore davantage. Il est certain que les partenariats et le recours aux bénévoles constituent maintenant un aspect clé de nombre de projets de la SA/DVA. Des répondants provinciaux et territoriaux et des intervenants ont recommandé de maintenir cette tendance. Les partenariats avec le secteur privé sont considérés comme une avenue qui n'a pas encore été pleinement explorée.

L'opinion des experts a également été sollicitée pour examiner les moyens d'améliorer la rentabilité de la SA/DVA. Leurs suggestions font écho à nombre des principes dégagés et les développent. Parmi les observations formulées, citons notamment : une surveillance accrue; une plus grande attention portée à l'établissement initial de priorités grâce à des consultations auprès des aînés et d'autres organismes; des liens structurels ou des partenariats plus solides avec les organismes de financement de la recherche, les fondations et le secteur privé.

5.2 Les secteurs essentiels de la SA/DVA

Compte tenu de la participation d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes non gouvernementaux, tous les répondants devaient indiquer s'ils jugeaient que Santé Canada devrait maintenir toutes les activités de la SA/DVA. Ils devaient en particulier préciser les secteurs de la SA/DVA qui, selon eux, devaient être conservés, et les domaines qualifiés de discrétionnaires ou pouvant être pris en charge par d'autres organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux qui participent déjà à la SA/DVA ou à des initiatives analogues.

Dans l'ensemble, le personnel de la SA/DVA, les intervenants et les bénéficiaires visés estiment que tous les secteurs actuels de la SA/DVA devraient être retenus. En outre, nombre de ces répondants ont aussi mentionné qu'il était important de maintenir la Division ou une unité administrative similaire « intacte ». Le personnel de Santé Canada, par exemple, trouve que le gouvernement fédéral ferait preuve d'un manque de perspicacité à long terme s'il ne capitalisait pas sur l'expertise, l'expérience et les relations de la DVA. La Division est considérée nécessaire. En fait, si elle était dissoute maintenant, il faudrait tout simplement la reconstituer plus tard étant donné que les questions se rapportant au vieillissement et aux aînés revêtent de plus en plus d'importance. Les intervenants aussi ont déclaré être en faveur de l'existence d'un organisme-cadre gouvernemental ou d'une structure unique qui abriterait les diverses composantes d'une stratégie sur le vieillissement et les aînés. Plusieurs experts ont insisté sur l'avantage et la nécessité d'avoir un centre d'expertise sur les questions touchant les aînés et le vieillissement, qui serait reconnu tant au sein qu'à l'extérieur du gouvernement.

Les secteurs actuels de la SA/DVA que les répondants jugent essentiels ou les secteurs dans lesquels la SA/DVA doit absolument poursuivre son action reflètent fidèlement les rôles qu'on souhaite voir le gouvernement fédéral et Santé Canada assumer en ce qui

concerne les questions liées aux aînés et au vieillissement. Parmi les secteurs les plus souvent considérés essentiels, citons :

- ***La recherche***. Pour la grande majorité des répondants de tous les groupes, la recherche représente une composante importante et très fructueuse de la SA/DVA. Il s'agit d'un secteur auquel le gouvernement pourrait continuer de beaucoup contribuer en jouant un rôle de chef de file dans l'établissement du programme de recherche, le financement s'y rattachant, la coordination des partenariats et la diffusion des résultats. C'est grâce à la recherche effectuée à l'échelle nationale qu'on peut veiller à ce que les données recueillies par les provinces et les territoires soient comparables.

- ***La politique***. Beaucoup estiment qu'il est essentiel que Santé Canada et la SA/DVA continuent d'élaborer et de guider la politique à l'échelle nationale. Ils sont également nombreux à s'entendre sur la nécessité de se doter d'un groupe d'experts qui pourrait élaborer un cadre national global pour la formulation de la politique et la détermination des besoins en matière de recherche concernant les questions associées aux aînés et au vieillissement. Le travail du CCNTA et de la Division en matière de politique est considéré comme un secteur essentiel.

- ***La coordination et la facilitation***. Aux dires de nombreux répondants, y compris le personnel des organismes centraux, le personnel de Santé Canada, les représentants provinciaux et territoriaux et les intervenants de la SA/DVA, Santé Canada et la DVA devraient continuer d'assumer un rôle sur le plan de la coordination des programmes et des activités pour les aînés, tant au sein du gouvernement fédéral qu'auprès des autres ordres de gouvernement et des organismes non gouvernementaux.

- ***Le partage de l'information***. Le partage de l'information est considéré comme un rôle important pour ceux tant au sein du Ministère qu'à l'extérieur. L'accès de la SA/DVA à l'expertise lui donne un avantage lorsqu'il s'agit de rassembler l'information. La diffusion de l'information aux provinces et territoires, aux autres organismes et, le cas échéant, aux aînés eux-mêmes, doit se poursuivre.

- ***Le financement des programmes communautaires***. Le financement des programmes communautaires a fait l'objet d'un moins grand consensus de la part des groupes de répondants. Cependant, les porte-parole des provinces et territoires et certains des intervenants jugent que le gouvernement fédéral devrait maintenir son rôle en ce qui concerne le financement des programmes communautaires des aînés. Quelques responsables provinciaux et territoriaux et membres du personnel régional de Santé Canada suggèrent que les provinces et territoires ainsi que les collectivités assument davantage la responsabilité d'administrer les fonds destinés aux bénéficiaires; toutefois, toutes les régions ne sont pas du même avis. Cela est

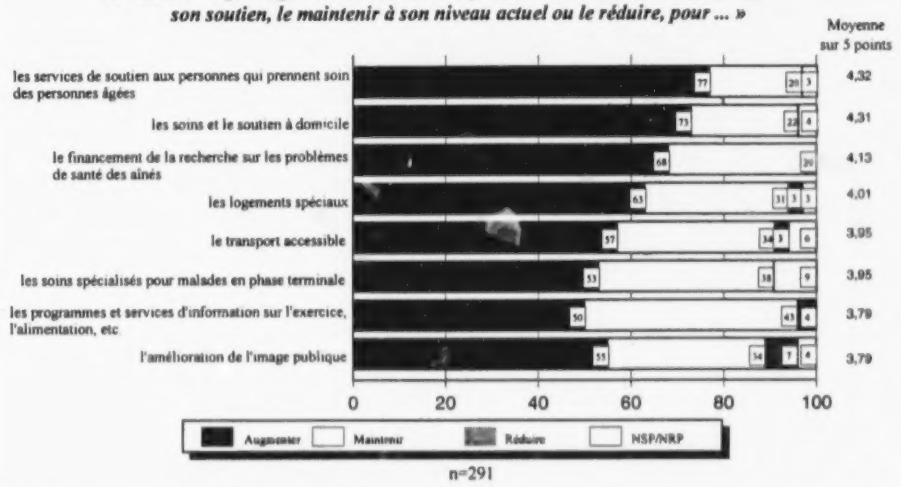
probablement dû au fait que les ressources humaines et financières varient d'une région à l'autre.

Dans le cadre des enquêtes, on a demandé aux clients du grand public de la SA/DVA et aux bénéficiaires visés des programmes communautaires d'établir les priorités du gouvernement sur le plan des questions liées aux aînés et au vieillissement. Plus précisément, les répondants devaient indiquer si le gouvernement devrait accroître, maintenir ou réduire son niveau de soutien à divers programmes et services touchant les aînés. Ces programmes et services relèvent d'un bon nombre de ministères fédéraux, de même que des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les pièces 5.1a et 5.1b présentent les conclusions de l'enquête auprès des clients du grand public. Quant aux résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires visés, ils figurent aux pièces 5.2a et 5.2b. Dans l'ensemble, ces deux groupes de répondants n'ont pas cerné beaucoup de secteurs dans lesquels le gouvernement devrait réduire son appui. L'assurance-maladie pour les soins à l'étranger fait cependant exception, car un peu moins du tiers des répondants du grand public et 18 p. 100 des bénéficiaires visés jugent que le gouvernement pourrait réduire son niveau de soutien. Pour ce qui est des autres questions, les répondants considèrent dans l'ensemble que le gouvernement devrait au moins maintenir son soutien. En général, les bénéficiaires visés de la SA/DVA sont moins susceptibles que les clients du grand public d'être en faveur d'une augmentation de l'appui du gouvernement pour les divers services examinés. Par exemple, tandis que les clients du grand public estiment qu'il serait bon que le gouvernement accorde plus de soutien à neuf des seize services étudiés, les bénéficiaires visés estiment qu'il devrait majorer son appui à trois de ces services seulement. Au sein du groupe des clients du grand public, ce sont plus souvent les répondants qui ne sont pas des aînés que les aînés qui pensent que le gouvernement devrait appuyer davantage les services énumérés.

PIÈCE 5.1a

Priorités du gouvernement
Points de vue des clients du grand public (I)

« Pensez-vous que le gouvernement devrait, pour tous les Canadiens âgés, augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire, pour ... »



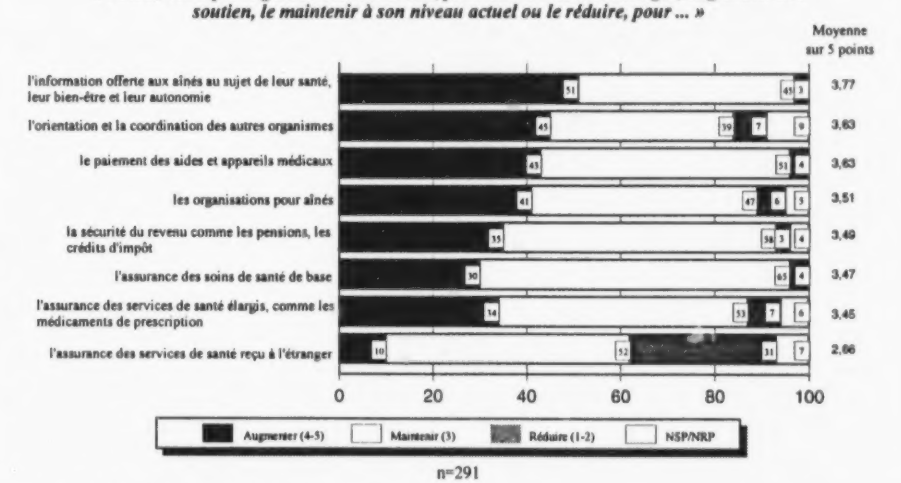
n=291

Nota : Les chiffres inférieurs à 2 ne figurent pas dans le diagramme.
Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des clients du grand public, 1996.

PIÈCE 5.1b

Priorités du gouvernement
Points de vue des clients du grand public (II)

« Pensez-vous que le gouvernement devrait, pour tous les Canadiens âgés, augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire, pour ... »



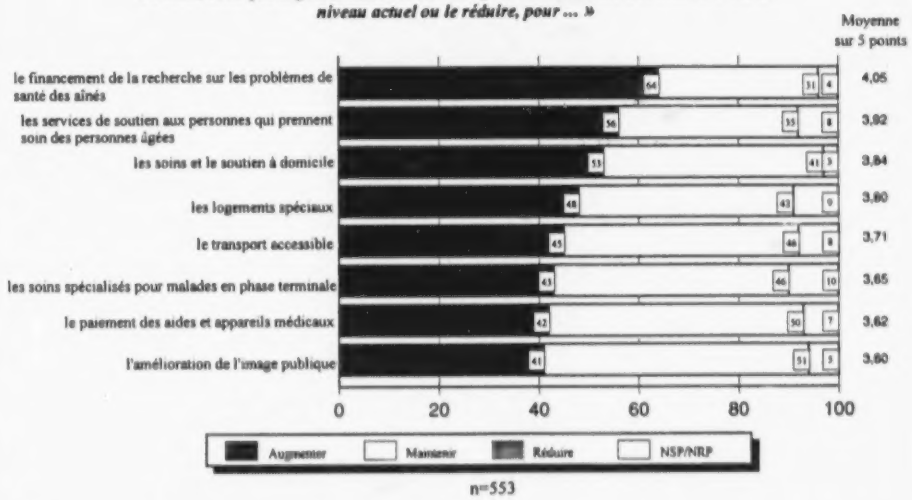
n=291

Nota : Les chiffres inférieurs à 2 ne figurent pas dans le diagramme.
Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des clients du grand public, 1996.

PIÈCE 5.2a

Priorités du gouvernement (I)

« Pensez-vous que le gouvernement devrait augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire, pour ... »



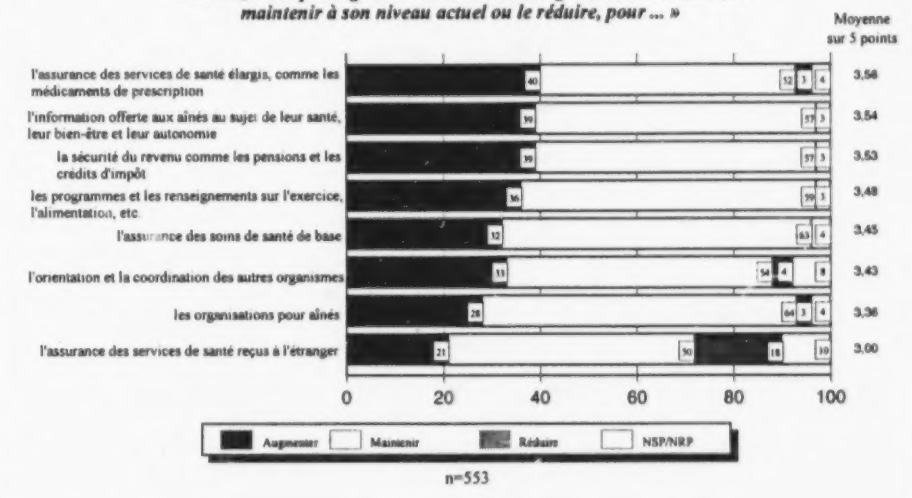
n=553

Nota : Les chiffres inférieurs à 2 ne figurent pas dans le diagramme.
Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des bénéficiaires visés, 1996.

PIÈCE 5.2b

Priorités du gouvernement (II)

« Pensez-vous que le gouvernement devrait augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire, pour ... »



n=553

Nota : Les chiffres inférieurs à 2 ne figurent pas dans le diagramme.
Source : Évaluation de la SA/DVA, Enquête auprès des bénéficiaires visés, 199

Les questions de santé représentent manifestement une importante priorité pour les deux groupes de répondants. Cependant, ceux-ci jugent que seulement quelques sujets dans ce vaste secteur méritent un appui accru. Par exemple, la majorité des clients du grand public et des bénéficiaires visés considèrent que le gouvernement devrait maintenir, et non accroître, son niveau de soutien pour les services de santé de base et l'assurance-maladie complémentaire pour les médicaments de prescription ou les soins à l'étranger. Toutefois, le financement de la recherche portant sur les préoccupations des aînés en matière de santé est une question de santé qui figure en tête de la liste de priorités, ou peu après, tant pour le groupe des clients que pour celui des bénéficiaires. Les questions entourant les soins prodigués aux aînés à domicile sont aussi jugées primordiales. Les deux groupes estiment en outre que le gouvernement devrait investir davantage dans le soutien des aidants et les services de soins et de soutien à domicile.

Plus bas dans la liste de priorités des deux groupes de répondants, on retrouve les logements spéciaux pour les aînés, les moyens de transport accessibles et les services de soins palliatifs. Les services liés à la diffusion de l'information et aux communications ont obtenu une priorité intermédiaire, les clients du grand public étant un peu plus susceptibles que les bénéficiaires visés d'être en faveur d'une augmentation de l'appui accordé par le gouvernement à des programmes et à de l'information sur le mieux-être, par exemple, et à la communication d'information aux aînés sur la santé, le bien-être et l'autonomie.

Au sein du groupe des bénéficiaires visés, les femmes ont davantage tendance que les hommes à souhaiter un soutien accru pour les services d'aidants, les services de soutien et de soins à domicile et les transports accessibles. Les répondants ne bénéficiant pas d'une grande sécurité financière sont plus susceptibles que ceux qui ont de meilleures ressources de privilégier une augmentation de l'appui dans les domaines comme les soins à domicile et les services de soutien à domicile, l'assurance-maladie complémentaire pour les médicaments de prescription, les programmes de sécurité du revenu comme les pensions et les crédits d'impôt, et les soins de santé de base.

Les priorités classées par les clients du grand public et les bénéficiaires visés de la SA/DVA ne sont pas strictement comparables aux observations des répondants importants. Tandis que ces derniers insistent sur les secteurs essentiels à Santé Canada, et à la SA/DVA en particulier, la plupart des répondants interrogés dans le cadre des enquêtes ont classé une série de points se rapportant à l'engagement du gouvernement, qui relèvent à la fois des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et de plusieurs ministères. Quoi qu'il en soit, il importe de noter que la recherche concernant les aînés et le vieillissement est considérée importante tant par les répondants importants que par les groupes ayant participé aux enquêtes. Comme on pourrait s'y attendre, les groupes de répondants aux enquêtes attachent une plus grande importance aux services d'intervention plus concrets ou directs comme les soins à domicile, le logement et le transport. Même si les répondants importants estiment que la diffusion de l'information et la coordination sont des secteurs essentiels de la SA/DVA, ces activités un peu moins visibles ou tangibles sont considérées comme étant moins importantes par les groupes de répondants aux enquêtes. De même, les répondants importants considèrent que les activités de prévention et de promotion de la santé constituent une grande priorité pour la SA/DVA et une approche rentable alors que les groupes de répondants aux enquêtes ont classé ces secteurs à un niveau inférieur par opposition aux activités de soins directs.

Dans l'enquête auprès du grand public canadien menée dans le cadre du projet *Repenser le gouvernement*, on demandait également aux répondants de choisir, parmi une liste d'options suggérées, celles qui devraient être prioritaires pour les gouvernements en ce qui concerne l'affectation des ressources. Bien qu'il s'agissait d'un « choix forcé » (par opposition à la réponse graduée des participants aux enquêtes de la SA/DVA) et que la liste d'options n'était pas aussi longue, certaines similitudes ressortent. Comme les participants de la SA/DVA, le grand public reconnaît qu'il est important d'appuyer les soins prodigués par les aidants informels ou les soins communautaires. Par exemple, les services de soins et de soutien à domicile constituent l'option sélectionnée le plus souvent (58 p. 100) par les répondants du grand public. Par ordre de priorité, les autres options étaient les suivantes : les

médicaments de prescription (20 p. 100); les foyers de soins infirmiers (13 p. 100); les matériels médicaux et les aides médicales (6 p. 100)

5.3 Les secteurs non essentiels de la SA/DVA

Plusieurs des groupes de répondants ont beaucoup hésité à qualifier de non essentiels quelque secteur que ce soit de la SA/DVA, et les observations au sujet des secteurs non essentiels n'ont pas fait l'objet d'autant de consensus chez les répondants que les secteurs essentiels. Par exemple, presque tous les intervenants et le personnel de Santé Canada ont eu du mal à désigner le moindre secteur dont la SA/DVA pourrait se retirer ou qu'elle pourrait confier à d'autres organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux ou à d'autres ministères. Ces répondants ont plutôt insisté sur le fait que la SA/DVA devrait être considérée comme un programme *intégré*, dans lequel chaque secteur tire profit du travail des autres secteurs. La stratégie est perçue de façon globale — l'efficacité des leviers dont dispose la SA/DVA dépendant les uns des autres. Supprimer des activités de programme aurait, dit-on, des répercussions négatives sur les autres, et la plupart des répondants préfèrent qu'aucune activité ne soit pleinement supprimée.

Ces répondants craignent aussi que le retrait de la SA/DVA de certains secteurs de programme n'entraîne pas nécessairement une prise en charge de ces activités ou programmes par d'autres organismes. Par exemple, les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui sont confrontés aux mêmes restrictions financières que le gouvernement fédéral, seraient probablement incapables de remplacer les programmes et les activités dont la SA/DVA est actuellement responsable. Les représentants provinciaux et territoriaux confirment que bien que des programmes comme les programmes de financement communautaire pour les aînés puissent être administrés de façon très compétente par les provinces et territoires, dans

la plupart des cas, c'est encore Santé Canada qui devrait fournir le financement étant donné que les provinces et territoires n'ont pas les ressources nécessaires. Cela est particulièrement vrai dans le cas des provinces « démunies » comme celles de l'Atlantique.

Dans les autres groupes cependant, les répondants importants croient que les programmes de financement communautaire auxquels la SA/DVA participe actuellement pourraient être qualifiés de secteurs non essentiels. Quelques membres du personnel de Santé Canada et plusieurs fonctionnaires d'autres ministères fédéraux (c.-à-d. le personnel des organismes centraux et les membres du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés) ont soulevé cette question. En gros, la tendance qu'a le gouvernement fédéral à déléguer la responsabilité à d'autres compétences laisse croire à ces répondants que les programmes communautaires ne correspondent pas à l'orientation du gouvernement et qu'il s'agit de secteurs sur lesquels la SA/DVA pourrait se concentrer un peu moins. Certains de ces répondants affirment également que les gouvernements provinciaux et territoriaux et les collectivités devraient pouvoir assumer la responsabilité de programmes de financement de cette nature d'une manière plus appropriée. Parce qu'elles sont plus près des bénéficiaires des programmes, ces compétences seraient mieux en mesure d'évaluer les besoins, de déterminer les mesures à prendre et de les mettre en oeuvre, puis d'examiner les résultats obtenus. La SA/DVA pourrait continuer de contribuer à l'exécution efficace des programmes et des activités d'une province à l'autre en fournissant des outils ou un cadre d'action qu'appliqueraient les autres compétences. Ces répondants ont notamment suggéré que dans le secteur des programmes de financement communautaire, la SA/DVA devrait plutôt chercher à financer les projets pilotes, à les évaluer et à en diffuser les résultats de manière à promouvoir le lancement de projets ayant de bonnes chances de réussir.

Trois des experts interrogés suggèrent eux aussi que l'on modifie le financement des programmes communautaires. Un expert propose que les fonds fédéraux ne soient utilisés qu'à des fins d'évaluation. Le deuxième suggère que l'octroi des fonds se fasse de manière plus

sélective, le financement fédéral n'étant utilisé qu'en « dernier ressort ». Le troisième propose que la SA/DVA renonce entièrement à ce rôle.

Parmi les autres secteurs qualifiés moins souvent de non essentiels pour la SA/DVA par les membres de divers groupes de répondants, citons : les projets associés à l'image publique, les projets qui se situent en dehors des préoccupations fondamentales de la Division ou qui sont peu rentables, et les domaines qui ne concernent pas uniquement la santé (p. ex., la pauvreté et l'emploi).

Les réponses des clients du grand public et des bénéficiaires visés ne préconisent pas le retrait de services dans aucun secteur. Cependant, le classement relatif des points énumérés indique que, dans les secteurs liés aux services sociaux et à la santé, les activités visant à rehausser l'image du gouvernement auprès du public, la diffusion de l'information et le financement des organismes s'occupant des aînés constituent des préoccupations *relativement* moins importantes.

5.4 Les mécanismes et les structures de rechange

En général, très peu de recommandations visant des structures ou des mécanismes nouveaux ou de rechange pour la SA/DVA ont été formulées. La mesure dans laquelle la responsabilité des divers aspects de la SA/DVA pourrait être assumée par les provinces a été examinée dans les entrevues auprès des répondants importants. Les répondants n'ont pas tendance à suggérer que des secteurs comme la recherche et l'analyse de la politique ou la coordination de la politique soient confiés aux provinces. Il existe, selon les répondants, des raisons impérieuses motivant le maintien d'une perspective nationale dans ces secteurs. Par exemple, l'uniformité des résultats de la recherche d'un bout à l'autre du pays est importante, car cela permet d'une part de préserver la qualité de la recherche, et d'autre part de profiter

d'économies d'échelle. De plus, le gouvernement fédéral a accès à une expertise tant interne qu'externe, et il a la crédibilité nécessaire pour élaborer et coordonner la politique se rapportant aux aînés et au vieillissement.

Comme il a déjà été mentionné, les répondants importants de certains groupes ont indiqué que le gouvernement fédéral pourrait se décharger de la responsabilité des programmes de financement communautaire pour les aînés sur les gouvernements provinciaux et territoriaux ou les collectivités. Encore une fois, on juge que les décisions entourant l'élaboration de critères de financement, l'administration des fonds et la mise en oeuvre de programmes ou d'activités sont mieux adaptées aux besoins des collectivités lorsqu'elles sont prises à un échelon plus proche des collectivités. Cependant, ces répondants ne partagent pas tous la même opinion au sujet du transfert des responsabilités associées au financement des programmes communautaires. Les responsables fédéraux qui préconisent cette mesure sont généralement en faveur du transfert de tous les aspects des programmes communautaires pour les aînés. Les répondants régionaux et provinciaux-territoriaux considèrent, quant à eux, que les provinces et territoires et les collectivités devraient être davantage responsables de la prise de décisions, mais que le gouvernement fédéral devrait conserver son rôle pour ce qui est du financement. Là aussi, ces répondants estiment que les provinces et les collectivités ne pourraient probablement pas assumer le financement des programmes communautaires une fois que ceux-ci ne bénéficieraient plus de l'appui du gouvernement fédéral.

Les autres mécanismes et structures de rechange suggérés tournaient autour des deux vastes thèmes suivants : la position de la DVA au sein du Ministère et le maintien du regroupement des diverses composantes du programme en une seule stratégie à l'égard des aînés et du vieillissement. Pour ce qui est du premier thème, plusieurs employés de Santé Canada et membres du CCNTA indiquent que l'emplacement organisationnel de la DVA au sein de Santé Canada gêne la Division dans sa capacité de communiquer directement et de participer à la prise de décisions du Ministère concernant les questions relatives aux aînés et au vieillissement. La structure de la Division et son accès au processus décisionnel officiel

devraient mieux témoigner de l'importance de plus en plus grande qui semble être accordée à ces questions. Deux des experts font écho à ce point de vue, plaidant en faveur d'une position organisationnelle plus centrale pour la DVA afin que celle-ci puisse mieux se faire connaître au sein du gouvernement comme à l'extérieur et soit considérée comme le principal centre de décision et de recherche pour les questions relatives aux aînés et au vieillissement.

En ce qui concerne le regroupement des différentes composantes en une seule stratégie, la plupart des employés de Santé Canada, des intervenants et des bénéficiaires de financement sont en faveur de la structure actuelle de la DVA qui concentre son expertise et ses ressources dans une stratégie unique. Ils jugent que cette structure permet davantage d'échanges, des produits et des services plus efficaces et l'optimisation des ressources.

Parmi d'autres mécanismes et structures de rechange suggérées, de façon isolée et moins fréquente, nous retrouvons : déléguer aux réseaux d'ONG davantage de responsabilités (et de fonctions administratives) relativement aux services communautaires; confier aux opérations internes certaines ressources de la SA/DVA pour permettre une plus grande élaboration interne de la politique; chercher de nouvelles méthodes de communication plus rentables; céder des activités de recherche aux organismes de recherche existants; améliorer la coordination avec les autres ministères.

Le rôle de la SA/DVA au sein de la future organisation de Santé Canada s'inscrit aussi sous la rubrique « mécanismes et structures de rechange ». Santé Canada a fait de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population (Santé Canada, 1995e) un de ses quatre principaux secteurs d'activités. L'approche axée sur la santé de la population porte sur la gamme complète de conditions et facteurs individuels et collectifs qui s'y rapportent (notamment les caractéristiques individuelles, les facteurs socio-économiques et les milieux physiques), ainsi que sur les interactions complexes entre ces derniers qui déterminent la santé

et le bien-être des Canadiens (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, septembre 1994). Les stratégies visant à améliorer la santé de la population sont fondées sur une évaluation de tous les facteurs et conditions de risque et d'avantage qui peuvent s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des sous-groupes précis. On tient aussi pour acquis que l'amélioration de la santé de la population est une responsabilité partagée qui exige l'élaboration de politiques gouvernementales saines dans des secteurs autres que celui du système de santé traditionnel, ainsi que la collaboration entre différents secteurs et ordres de gouvernement.

Dans le cadre de la Stratégie d'amélioration de la santé de la population, Santé Canada adopte une approche fondée sur des données probantes afin de s'assurer que ses investissements ciblent les conditions qui ont la plus grande influence sur la santé des Canadiens. Sa démarche porte aussi sur le cycle de vie, c.-à-d. que les programmes visant à améliorer la santé de la population sont adaptés aux besoins et aux déterminants de la santé propres aux trois étapes de vie — l'enfance et la jeunesse, l'âge moyen et l'âge avancé.

Le personnel de Santé Canada et les représentants des organismes centraux interrogés devaient indiquer comment la SA/DVA cadre avec cette nouvelle orientation de Santé Canada, surtout avec la Stratégie d'amélioration de la santé de la population. Bien que certains répondants aient noté que les détails de la stratégie et son organisation n'ont pas encore été mis au point, la plupart des répondants estiment que la SA/DVA est très compatible avec cette stratégie. Aux dires de ces répondants, la SA/DVA est déjà fondée sur une « approche axée sur les déterminants de la santé ». La Stratégie d'amélioration de la santé de la population permettra de percevoir les activités actuelles de la stratégie avec une plus grande clarté conceptuelle et suivant une perspective multisectorielle. Les répondants de Santé Canada suggèrent que la SA/DVA, en demeurant telle qu'elle est au sein de la Stratégie d'amélioration

de la santé de la population, s'occuperait des questions relatives à la santé à la fin de la vie, c.-à-d. à la dernière étape du cycle de vie.

5.5 Autres améliorations à la SA/DVA

La documentation portant sur les diverses façons de répondre aux besoins des aînés montre qu'il faut aborder les questions relatives aux aînés et au vieillissement suivant une perspective systématique qui reconnaît l'interdépendance des politiques publiques. Utilisant des termes généraux, Marshall (1993) propose de dresser un cadre approprié pour la politique publique sur le vieillissement et la santé en fonction des quatre principes directeurs suivants :

- La politique doit être multisectorielle. La santé est fonction de l'économie, de l'alimentation, du logement, de l'environnement et du niveau de scolarité.
- Il est vital de tenir compte de l'équité.
- Les initiatives en matière de politique publique sur la santé devraient, idéalement, être grandement participatives.
- La politique doit avoir une perspective écologique qui place les êtres humains dans le vaste contexte d'un monde à la fois physique et social.

Tous les répondants importants devaient suggérer des améliorations à la SA/DVA. Même si les observations reçues varient beaucoup, les thèmes qui en ressortent ressemblent de près à certaines des recommandations de Marshall énumérées ci-dessus. Les thèmes les plus fréquents sont : la coordination, la planification, les partenariats et l'évaluation. Ces thèmes sont décrits plus en détail ci-après.

Plusieurs intervenants et bénéficiaires de fonds demandent une plus grande coordination des programmes dans l'ensemble du gouvernement fédéral, mais aussi entre celui-ci et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Plus particulièrement, il a été recommandé que Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada établissent

une relation de travail plus étroite qui permettrait aux ministères de mieux aborder, par exemple, les liens existant entre la sécurité du revenu et la santé, le bien-être et l'autonomie. Une coordination accrue permettrait aussi de réduire tout chevauchement et de prendre des mesures plus cohérentes en ce qui a trait aux questions relatives aux aînés et au vieillissement.

Quelques intervenants et bénéficiaires de fonds recommandent que la SA/DVA planifie davantage et à plus long terme ses décisions en matière de financement et ses affectations de fonds. Par exemple, certains répondants ont remarqué que souvent, le financement offert par les ordres tant fédéral que provincial-territorial permet le lancement des projets mais pas leur poursuite. En outre, la SA/DVA devrait mieux sensibiliser les personnes susceptibles de présenter une demande de financement aux programmes existants, et jouer un rôle plus actif sur le plan de l'information.

D'autres suggestions portent sur la nécessité pour la SA/DVA d'établir davantage de partenariats. Certains estiment que les aînés devraient assumer un rôle plus important sur le plan de l'orientation de la politique et que la population devrait avoir davantage de possibilités de participer à la prise de décisions sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés. D'autres jugent que la SA/DVA pourrait améliorer ses partenariats avec le secteur privé, les organismes non gouvernementaux et le milieu universitaire.

Enfin, plusieurs répondants mentionnent que la SA/DVA pourrait être améliorée au moyen d'objectifs plus rigoureux et réalistes. Ces répondants, surtout des fonctionnaires fédéraux ne travaillant pas à Santé Canada, considèrent que la SA/DVA pourrait mieux gérer les attentes en traduisant l'approche conceptuelle actuelle des questions liées aux aînés et au vieillissement par des objectifs opérationnels mesurables. On pourrait ensuite mettre en oeuvre une stratégie permettant d'évaluer les divers éléments de la stratégie ou des projets financés par le programme.

CHAPITRE

6 CONCLUSIONS

Les résultats des divers exercices de collecte de données, tels qu'ils sont présentés dans les chapitres précédents, permettent de tirer les conclusions qui suivent.

6.1 La pertinence

En dépit des progrès réalisés dans certains secteurs (p. ex., régime de pensions de l'État), les aînés canadiens continuent à se retrouver dans des situations potentiellement à risque. Un grand nombre d'entre eux vivent au-dessous du seuil de pauvreté, et la plupart, avançant en âge, peuvent de moins en moins se passer d'aide pour vaquer à leurs activités quotidiennes. La recherche révèle, par ailleurs, que certains sont plus à risque que d'autres, particulièrement les aînés au revenu limité (en général des femmes), les aînés des régions rurales ou isolées, et les aînés autochtones.

La plupart des personnes interrogées lors des exercices de collecte de données s'accordent à dire que l'action du gouvernement fédéral à l'égard des questions intéressant les aînés est très pertinente. Selon les répondants, le gouvernement fédéral en général et Santé Canada et la SA/DVA en particulier agissent de façon pertinente pour coordonner la politique, coordonner les activités au sein du gouvernement, recueillir et diffuser l'information — y

compris les résultats de recherche —, prévenir la maladie, promouvoir la santé, défendre les droits et sensibiliser le public.

Certains participants aux entrevues contestent la pertinence de quelques activités de la SA/DVA. Les uns remettent en question les activités de recherche, qu'ils jugent trop coûteuses et sans utilité pour les aînés, les autres, peu nombreux, le financement des activités communautaires. Selon ces derniers répondants, étant donné que les provinces et les territoires sont plus proches des aînés et que le financement des activités communautaires s'apparente plus à la prestation de services, il s'agit plutôt d'un rôle provincial-territorial (certains font observer, toutefois, que le financement fédéral continuera probablement à être nécessaire dans l'avenir).

En ce qui concerne la pertinence du rôle de la SA/DVA, notamment de ses activités relatives aux projets communautaires, l'opinion des répondants varie avec les régions et avec les programmes et services offerts. La structure responsable des aînés est très différente d'une province à une autre, et les entrevues révèlent que les services de santé et les services communautaires sont plus étendus dans certaines provinces. En outre, si la plupart des répondants représentant les gouvernements provinciaux et territoriaux estiment qu'à l'échelon régional les deux gouvernements collaborent et se complètent de façon plutôt satisfaisante, certains relèvent des problèmes de communication fédérale-provinciale. Dans quelques provinces ou territoires, il pourrait en résulter un double emploi. Étant donné que, selon les résultats, l'opinion des répondants sur la pertinence du rôle fédéral varie d'une province à une autre, il faut, lorsqu'on évalue le rôle fédéral dans le dossier des aînés, prendre en compte à la fois les différences entre régions sur le plan des services de santé et services communautaires offerts, et les problèmes de communication à l'échelon régional.

6.2 Les réalisations du programme

(a) La prestation des services

Deux éléments de la prestation des services ont été examinés au cours de l'évaluation : la réponse aux demandes de renseignements du grand public et la procédure relative aux demandes de financement de projet. Il ressort que la majorité de ceux qui s'adressent à la SA/DVA pour obtenir des renseignements sont satisfaits du résultat de leur démarche et que la plupart obtiennent l'information demandée. Par contre, les auteurs de demande de financement de projet, qu'ils aient obtenu ou non les fonds demandés, commentent de façons diverses la marche à suivre avant et après l'approbation du financement. La majorité est d'avis que le délai de soumission est trop court et que la période d'attente avant la communication de la décision est trop longue. Ces contraintes, disent les répondants, sont très difficiles à gérer pour un ONG. La plupart, toutefois, pensent que le niveau de financement et l'appui de Santé Canada sont suffisants, particulièrement dans le contexte des compressions budgétaires gouvernementales.

(b) La coordination

En ce qui a trait aux activités de coordination de la SA/DVA, les commentaires des participants aux entrevues sont variés. Tout en reconnaissant qu'il y a eu des progrès au cours des dernières années, notamment depuis la création du Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés, et l'élaboration du Cadre sur le vieillissement, un grand nombre de responsables régionaux, aussi bien fédéraux que provinciaux ou territoriaux, estiment que les activités de coordination peuvent être améliorées.

(c) Les partenariats

Selon les résultats de l'examen des dossiers, les changements apportés aux programmes de financement communautaire en 1993 et en 1995 ont considérablement augmenté le nombre des partenariats entre les organisations financées et les autres groupes. Les résultats des entrevues le confirment : de nombreux projets actuellement financés prévoient des partenariats entre ONG, chercheurs, gouvernements et autres intervenants. Le partenariat avec le secteur privé, toutefois, demeure un défi. En outre, certains organismes d'aînés estiment que la SA/DVA pourrait travailler davantage en partenariat avec elles.

(d) Les programmes de financement communautaire

NHPA cible avant tout les aînés à risque, et cette priorité se traduit effectivement, au niveau des bénéficiaires visés, par un pourcentage élevé d'aînés économiquement défavorisés — plus élevé que pour les quatre autres programmes. Les progrès de NHPA sont notamment meilleurs, à cet égard, que ceux du PAA, qui vise les aînés « dans le besoin » mais, selon l'enquête auprès des bénéficiaires visés, n'a pas réussi à traduire cet objectif dans la pratique.

Dans l'ensemble, les programmes de financement communautaire semblent avoir amélioré l'état de santé et de bien-être des aînés et leur degré d'autonomie. Près des trois quarts des bénéficiaires visés qui ont été interrogés déclarent une amélioration, surtout sur le plan du bien-être mental. L'étude révèle, cependant, que le nouveau ciblage n'a pas mené à des répercussions plus importantes. Il semble que cela soit dû au fait que la plupart des projets

NHPA, comme ceux des autres programmes, ont pour but d'améliorer le bien-être *mental* des bénéficiaires et non pas leur situation économique — le facteur de risque le plus important pour ces aînés.

L'effet de levier et le partenariat ont joué un rôle important dans le financement communautaire et permis à un certain nombre de projets d'atteindre ou de viser l'autosuffisance. Cependant, l'étude des dossiers de projets ne jette pas beaucoup de lumière sur la nature et la qualité des partenariats établis.

(e) Les programmes de recherche

Le PRAA et le CCNTA ont réussi à effectuer des travaux de recherche de haute qualité et à communiquer l'information s'y rapportant aux décideurs, aux chercheurs et aux intervenants. L'examen des dossiers et les entrevues révèlent également que les programmes ont influé positivement sur la politique dans le domaine. Il semble, selon les documents examinés et les avis recueillis auprès des experts, que le PRAA ait particulièrement réussi à promouvoir les partenariats.

Même si ces programmes n'ont pas été conçus dans le but d'informer directement les aînés, de nombreux commentateurs soulignent la grande utilité et l'intérêt que peuvent présenter pour les aînés certains renseignements en provenance de ces programmes, notamment les documents produits par le CCNTA. C'est manifestement aux ONG, aux groupes d'aînés et, dans une moindre mesure, aux gouvernements provinciaux et territoriaux qu'il revient de distribuer aux aînés les documents du CCNTA et du PRAA susceptibles de les intéresser; mais l'évaluation se rend aux aînés mêmes. Peut-être conviendrait-il de réunir les intervenants en vue de discuter d'une stratégie plus systématique pour la distribution aux aînés (s'il y a lieu) des documents produits par le CCNTA et le PRAA.

Le CCNTA a pour premier objectif de conseiller le Ministre. L'évaluation permet de constater que le CCNTA n'influe que modérément sur la politique à ce niveau. Il semble, par ailleurs, que le Conseil en soit venu progressivement à voir dans les intervenants et dans les aînés son principal public, ce qui est attribuable, du moins en partie, au fait que certains membres du CCNTA jugent difficile d'attirer l'attention du Ministre. En l'absence de mécanismes plus officiels de communication avec le Ministre, et à la lumière des constatations mentionnées au paragraphe précédent, peut-être serait-il judicieux que le CCNTA souligne davantage sa relation avec les groupes d'aînés et les intervenants au niveau de ses objectifs.

(f) Les activités internes de la SA/DVA

Si les données relatives à l'incidence des activités « internes » de la SA/DVA sur la coordination et la promotion de la politique sont quelque peu contradictoires, elles permettent généralement de conclure à d'importantes retombées positives sur ce plan. Beaucoup estiment que le Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés joue un rôle décisif dans la sensibilisation des divers ministères fédéraux en ce domaine.

Il y a consensus autour du fait que la DVA appuie substantiellement et très positivement les activités du CCNTA. Enfin, selon l'enquête auprès des clients du grand public, il semble que l'information donnée par la DVA soit transmise ensuite à des tiers.

6.3 Les solutions de rechange

(a) La rentabilité

On remarque un consensus général, parmi les répondants et dans la documentation étudiée, autour du fait qu'un vieillissement en santé et l'autonomie des aînés ont des incidences positives sur les dépenses de santé et les dépenses sociales. Il existe toutefois très peu de données probantes sur les moyens les plus rentables de promouvoir la santé, le bien-être et l'autonomie. Certains soutiennent qu'il faut combiner plusieurs approches.

Les participants à l'étude ont cité un certain nombre d'éléments susceptibles de rentabiliser les programmes et les activités : clarté des critères; surveillance et reddition des comptes; partage de l'information et économies d'échelle; activités d'extension; prévention; partenariat et parrainage.

(b) Les secteurs essentiels de la SA/DVA

Les secteurs mentionnés comme essentiels pour la SA/DVA sont très comparables aux rôles attribués au gouvernement fédéral et à Santé Canada dans le domaine général des aînés et du vieillissement. Ces secteurs sont les suivants : recherche; élaboration de la politique; mise au point de cadres et d'autres guides; détermination des nouveaux besoins en matière de recherche et de programmes; coordination et facilitation des efforts déployés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les ONG; partage de l'information; financement (secteur cité par les représentants provinciaux et territoriaux et les intervenants).

Les clients du grand public et les bénéficiaires visés ont été priés de classer par ordre de priorité divers programmes et services pour personnes âgées, en précisant chaque fois si le gouvernement devrait augmenter, maintenir ou réduire son appui. Les deux groupes, dont les réponses étaient très similaires, ont placé en tête : le financement de la recherche touchant les soins de santé destinés aux aînés; les services de soins et de soutien à domicile; les services aux aidants naturels. Lors d'une enquête auprès de la population canadienne, les soins de santé ont été cités également comme l'une des priorités d'action du gouvernement dans le domaine des aînés et du vieillissement.

(c) Les secteurs non essentiels de la SA/DVA

Les répondants importants de certains groupes, particulièrement chez les représentants de Santé Canada et les intervenants, ont du mal à nommer des secteurs qui ne soient pas essentiels pour la SA/DVA. Ils mettent même en garde le gouvernement contre un retrait des secteurs où la SA/DVA est active actuellement, en déclarant qu'un tel retrait créerait probablement un vide, que les gouvernements provinciaux et territoriaux seraient impuissants à combler pour des raisons financières. Quelques répondants, notamment des responsables de ministères fédéraux autres que Santé Canada et plusieurs experts, qualifient les programmes de financement communautaire de non essentiels en soutenant qu'ils vont à l'encontre de la dévolution fédérale des responsabilités; certains estiment que ces programmes seraient mieux gérés par d'autres administrations, plus proches des collectivités. Enfin, quelques représentants provinciaux et territoriaux déclarent que le gouvernement fédéral devrait continuer à financer les programmes communautaires, mais qu'il faudrait accroître les responsabilités des provinces et des territoires en ce qui concerne la gestion des programmes.

(d) Les mécanismes et les structures de rechange

En ce qui concerne la mise en place de mécanismes et de structures entièrement nouveaux ou représentant une solution de rechange, les recommandations sont peu nombreuses. Les commentaires tournent autour de deux thèmes. Premièrement, plusieurs répondants, les uns, de la DVA, les autres, de l'extérieur, contestent la place de la Division au sein de Santé Canada, soutenant que celle-ci n'a ni le profil organisationnel ni les moyens d'accès au processus décisionnel qui lui sont pourtant nécessaires. Deuxièmement, d'autres répondants proposent de conserver telle quelle la structure générale de la Division, en invoquant le fait que le regroupement des différents secteurs de compétence et d'expérience constitue pour elle un atout important.

On a demandé aux représentants de Santé Canada et des organismes centraux comment ils envisageaient l'intégration de la SA/DVA à la Stratégie ministérielle d'amélioration de la santé de la population. Dans l'ensemble, les répondants sont d'avis que la SA/DVA s'intègre bien à cette stratégie et qu'elle est en mesure d'agir au regard des questions de santé particulières à la dernière phase de la vie.

(e) Autres améliorations à la SA/DVA

Plusieurs intervenants réclament une meilleure coordination entre les programmes fédéraux, de même qu'entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les représentants de ces administrations suggèrent également de réviser la structure de financement, de manière à prévoir plus d'options de financement à long terme (selon eux, c'est le financement de démarrage qui domine actuellement). Les participants à l'étude estiment que la SA/DVA devrait créer plus de partenariats avec le secteur privé, les établissements d'enseignement et les ONG. Les aînés eux-mêmes pourraient se voir offrir plus de possibilités de contribution à la politique. Enfin, la SA/DVA pourrait affiner son approche conceptuelle en définissant plus rigoureusement ses objectifs pour qu'ils se prêtent mieux à

l'évaluation. Par ailleurs, il faudrait accorder une plus grande attention aux évaluations qui se devraient se faire dans le cadre des projets. Effectuées régulièrement, ces évaluations permettraient à la DVA de mesurer l'état d'avancement des projets et d'étudier les répercussions et la rentabilité des approches. Les attentes concernant les moyens d'action de la SA/DVA et du gouvernement fédéral dans le domaine des aînés et du vieillissement devraient également être mieux gérées.

ANNEXE A
Abréviations

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

[redacted]

ABRÉVIATIONS

AANB	Acte de l'Amérique du Nord britannique
BCMC	Bourse aux chercheurs en milieu communautaire
BRDGPPS	Bureaux régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
CARNET	Réseau canadien de recherche sur le vieillissement
CCCAEBA	Conseil consultatif canadien pour l'adaptation de l'emballage aux besoins des aînés
CCDS	Conseil canadien de développement social
CCNTA	Conseil consultatif national sur le troisième âge
CIQA	Comité interministériel sur les questions relatives aux aînés
CRM	Conseil de recherches médicales
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie
DGPC	Direction générale des politiques et de la consultation
DRHC	Développement des ressources humaines Canada
DVA	Division du vieillissement et des aînés
ITAO	Interview téléphonique assistée par ordinateur

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
NH	Nouveaux Horizons
NHPA	Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés
ONG	Organisme non gouvernemental
PAA	Programme d'autonomie des aîné(e)s
PCA	Programmes communautaires des aînés
PRA	Programme de recherches appliquées
PRAA	Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s
PNRDS	Programme national de recherche et de développement en matière de santé
RPC	Régime de pensions du Canada
SA/DVA	Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés
SC	Santé Canada
SCA	Stratégie canadienne antidrogue
SIC	Système d'information sur les contributions
SNBS	Subventions nationales au bien-être social
SRG	Supplément de revenu garanti
SSEA	Système de suivi de l'enquête sur les aînés
SV	Sécurité de la vieillesse
TCSPG	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

ANNEXE B
Bibliographie

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

BIBLIOGRAPHIE

Abrams, Rosalie S. « Implications of Policy and Management Decisions on Access, Quality, and Type of Services for the Elderly in the United States », *Perspectives on Health Policy: Australia, New Zealand, United States*, sous la direction de Marshall W. Raffel et Norma K. Raffel, 1987.

Addleman R. B. « Eldercare: Out of the Institution and into the Community », *Healthcare Forum Journal*, mai-juin 1995, p. 58-63.

Andrews, G.R., et CARR, S.M. « Implications of Policy and Management Decisions on Access, Quality, and Type of Services for the Elderly in Australia », *Perspectives on Health Policy: Australia, New Zealand, United States*, sous la direction de Marshall W. Raffel et Norma K. Raffel, 1987.

Armstrong-Esther, C. A. « Les besoins de services sociaux et de santé des autochtones du troisième âge », *Écrits en gérontologie; Questions touchant les aîné-e-s autochtones*, Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), 1994.

Association Canadienne de gérontologie. *Les aînés à risque : Un cadre théorique*, Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 1995.

Baker, M. *Aging in Canadian Society; A Survey*, McGraw-Hill, 1988.

Barer, B.M. « Men and Women Aging Differently », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 36, n° 1, p. 29-40, 1994.

Beatty, H. « Federal-Provincial Fiscal Arrangements: Their Impact on Social Policy and Current Prospects for Reform », *Revue des lois et des politiques sociales*, vol. 3, p. 36-65, 1988.

Beverfelt, Eva. « Norway », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Bollini, P. « Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries », *Migrations internationales*, vol. 30, numéro spécial, p. 103-119, 1992.

Cambium Consulting. *The Social and Economic Structural Determinants of Seniors' Independence*, 1991.

Campbell, John A. « Implications of Policy and Management Decisions on Access, Quality and Type of Services for the Elderly in New Zealand », *Perspectives on Health Policy: Australia, New Zealand, United States*, sous la direction de Marshall W. Raffel et Norma K. Raffel, 1987.

Cates, Norman. « Trends in Care and Services for Elderly Individuals in Denmark and Sweden », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 37, n° 4, 1993.

Chappel, N., et Blandford, A. « Informal and Formal Care: Exploring the Complementarity », *Ageing and Society*, vol. II, p. 299-317, 1991.

Chen, J., NG, E., et Wilkins, R. « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 7, n°4, printemps 1996.

Chipperfield, J. « The Support Source Mix: A Comparison of Elderly Men and Women from Two Decades », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n° 4, p. 434-453, 1994.

Chipperfield, J.G., et Havens, B. « A Longitudinal Analysis of Perceived Respect among Elders: Changing Perceptions for Some Ethnic Groups », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 11, n° 1, p. 15-30, 1992.

Cinquantième session de l'assemblée générale des Nations Unies. « Cadre conceptuel d'un programme pour la préparation et la célébration de l'Année internationale des personnes âgées en 1999 », *Rapport du Secrétaire général*, Cinquantième session, mars 1995.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, préparé pour la Conférence des ministres de la Santé, septembre 1994.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Choisir la vie*, rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones, février 1995.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Une rétrospective de 1993 à 1996*, 1996.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Les vignettes Vieillissement*, 1993 et 1994.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait de la santé et des aîné-e-s au Canada. Combien coûtent les soins des aîné-e-s au système de soins de la santé canadien? (Vignette n° 25)*, 1994.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait de la santé et des aîné-e-es au Canada. Instruit-e-s? À quel point? (Vignette n° 17)*, 1993a.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1993b.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Sont-ils en santé? Pendant combien de temps? (Vignette n° 6)*, 1993c.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Combien sont-ils? Hommes/femmes? Quel âge? Tous mariés? (Vignette n° 1)*, 1993d.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Sont-ils riches? Sont-ils pauvres? (Vignette n° 4)*, 1993e.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Où vivent-ils? (Vignette n° 2)*, 1993f.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Aîné-e-s autochtones? D'ethnies différentes? (Vignette n° 3)*, 1993g.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Et le transport? (Vignette n° 15)*, 1993h.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Un bref portrait des aîné-e-s au Canada. Avec qui et comment vivent-ils? (Vignette n° 12)*, 1993i.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Les relations intergouvernementales et le vieillissement de la population au Canada : Les défis à relever*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1991a.

Conseil consultatif National sur le troisième âge. *Santé mentale et vieillissement*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H71-2/1-11-1991F, 1991b.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *1989 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*, 1989.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *Info-Âge*, vol. 1, n° 1, document non daté.

Conseil consultatif National sur le Troisième âge. *La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H71-2/1-11-1991F.

Desjardins, B. *Vieillissement de la population et personnes âgées*, Statistique Canada, 1993.

Desjardins, B., et Dumas, J. *Vieillissement de la population et personnes âgées : La conjoncture démographique*, Statistique Canada, n° de catalogue 91-533F, Ottawa, 1993.

Dieck, Margaret, et Thomae, Hans. « Germany », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Dumas, J., et Bélanger, A. *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1995*, Statistique Canada, 1996.

Enquête de l'Organisation mondiale de la santé, 1990, 1993.

Étude sur la santé et le vieillissement au Canada. « Patterns of Caring for People with Dementia in Canada », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n° 4, p. 470-487, 1994.

Evans, R. *et al. Why are Some People Healthy and Others Not?*, Walter de Gruyter Inc., New York, N.Y., 1994.

Fontaine, Anne. « France », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Frideres, J. « L'avenir de notre passé : les autochtones âgés dans la société canadienne », *Écrits en gérontologie; Questions touchant les aîné-e-s autochtones*, Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), 1994.

Gee, E. M., et Kimball, M.M. *Women and Aging*, Butterworths: Toronto and Vancouver, 1987.

Gee, E. M., et McDaniel, S. « Social Policy for an Aging Society », *Revue d'études canadiennes*, p. 139-152, 1993.

Gottesfeld, Harry. « Community Context and the Underutilization of Mental Health Services by Minority Patients », *Psychological Reports*, vol. 76, 1995.

Henderson, J.N. « Ethnic and Racial Issues », *Qualitative Methods in Aging Research*, sous la direction de J.F. Gubrium et A. Sankar, Sage Publications, Inc.: Thousand Oaks California, 1994.

Institut Canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI*, 2e édition, 1994.

Ip, I. *Big Spenders: A Survey of Provincial Government Finances in Canada*, Policy Study 15, C.D. Howe Institute, 1991.

Kohn, Sally. « Dismantling Sociocultural Barriers to Care », *Healthcare Forum Journal*, mai-juin 1995.

Le Devoir. « La privatisation passive grignote le système de santé », le 16 juillet 1996.

Lefroy, Richard B. « Australia », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Les associés de recherche Ekos Inc. *Repenser le gouvernement*, 1996.

Lightman, E., et Irving, A. « Canada's Welfare State », *Journal of Social Policy*, vol. 20, partie 1, p. 65-87, janvier 1991.

Lochhead, C., et Shillington, R. *A Statistical Profile of Urban Poverty*, Centre de statistiques internationales, Conseil canadien de développement social, 1996.

MAINC. *Données ministérielles de base*, 1993.

MAINC. *Faits saillants des conditions des autochtones 1981-2001, partie II*, 1989.

Marshall, V. « A Critique of Canadian Aging and Health Policy », *Revue d'études canadiennes*, p. 153-165, 1993.

Ministère de la Justice du Canada. *Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867*, maintenant la *Loi Constitutionnelle de 1867*, 30 et 31 Victoria, c. 3, 1982.

Ministère de la Santé et des services Sociaux. *Vers un équilibre des âges : Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées*, Québec, 1991.

Nair, C., et Karim, R. « Aperçu des systèmes de santé du Canada et de certains pays de l'OCDE », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 5, n° 3, 1993.

Netting, E. F., Huber, R., Nelson Paton, R. et Kautz III, J. R. « Elder Rights and the Long-Term Care Ombudsman Program », *Social Work*, vol. 40, n° 3, mai 1995.

Ng, E. « Les enfants et les personnes âgées : Le partage des ressources de l'État », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, été 1992.

Optima Research. *Seniors' Perspectives on Independence and Quality of Life, Final Report*, Secrétariat du troisième âge, Santé et Bien-être social Canada, 11 décembre 1991.

Palmore, Erdman B. « United States », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Payne, B., et Strain, L. « Différences reliées au soutien social et familial des personnes âgées parmi les groupes ethniques », résumé dans *Entraide collective : Faits saillants du Symposium sur les soutiens sociaux*, rédigé par D. Angus, Statistique Canada, Division des systèmes de soutien familiaux et sociaux, 1991.

Record of Discussion of the Meeting of the Minister of Health with Seniors Organizations, 26 septembre 1995.

Riley, R. « Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés », *Rapports sur la santé 1992*, Statistique Canada, vol. 4, n° 4, 1992.

Roos, N., Shapiro, E., et Roos, L. « Aging and Demand for Health Services: Which Aged and Whose Demand? », *The Gerontologist*, vol. 24, n° 1, p. 31-36, 1984.

Santé Canada. *Loi sur le ministère de la Santé*, 1996a.

Santé Canada. *Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s : Orientations de la recherche sur le vieillissement*, 1996b.

Santé Canada. *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population* (ébauche seulement; version non définitive), 1996c.

Santé Canada. *Cadre conceptuel : Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés*, 1995a

Santé Canada. *Connexions '95 : Rapport et guide d'action*, 26 et 27 septembre, 1995b.

Santé Canada. *Consensus Report: The Health Outcomes of Active Living among Older Adults; Summary of a research symposium*, Ottawa, 1995c.

Santé Canada. *Cadre d'évaluation de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés*, 1995d.

Santé Canada. *Perspectives concernant Santé Canada de 1995-1996 à 1997-1998*, 1995e.

Santé Canada, Division de l'Analyse des programmes de santé. *Programmes des Premières nations et des Inuit*, 1995f.

Santé Canada. *Guide d'établissement des priorités à l'intention des consultants en programmes - Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés*, 1995g.

Santé Canada. *Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s : Répertoire des organismes canadiens de recherche sur le vieillissement*, 1995h.

Santé Canada. *Mon combat pour la vie : Le cancer chez les enfants et les adolescents au Canada*, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1995i.

Santé Canada. *Aging Well, Living Fully, Synthesis Report*, document de travail concernant l'examen de la politique sur le vieillissement et les aînés, présenté en janvier, 1994a.

Santé Canada. *Application pratique de la recherche sur le vieillissement : Séminaire sur la diffusion des résultats, Délibérations et réactions postérieures au séminaire*, Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s, 1994b.

Santé Canada. *Acte du Symposium intitulé La diversité et qualité méthodologiques de la recherche en santé et la recherche sociale appliquées dans le domaine du vieillissement*, Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s, 1994c.

Santé Canada. *Modalités du Programme de financement de Nouveaux Horizons*, 1994d.

Santé Canada. *Santé Canada - Budget des dépenses 1995-1996, partie III.*

Santé Canada. *Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés — Guide des requérants*, document non daté.

Santé Canada. *Cadre conceptuel : Programmes communautaires des aînés*, 1993.

Santé et Bien-être social Canada. *Rapport d'évaluation : Programme d'autonomie des aîné(e)s (PAA)*, Direction de la vérification et de l'examen des programmes, juin 1992.

Santé et Bien-être social Canada. *Cadre conceptuel : Programme d'autonomie des aîné(e)s*, 1990.

Santé et Bien-être social Canada. *Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social* (S.R., chap. N-9, art. 1).

Santé et Bien-être social Canada. *Evaluation of the New Horizons Program — Final Report*, 1988.

Santé et Bien-être social Canada. *Programme d'autonomie des aînés(e)s : Guide du requérant*, document non daté.

Seccombe, K., et Ishii-Kuntz, M. « Perceptions of Problems Associated with Aging: Comparisons Among Four Older Age Cohorts », *The Gerontologist*, vol. 31, n° 4, p. 527-533, 1991.

Sheppard, R.J « Exercise and Aging: Extending Independence in Older Adults », *Geriatrics*, vol. 48, n° 5, p. 61-64, mai 1993.

Smith, M. H., et Longino C.F. « Demography of Caregiving », *Educational Gerontology*, vol. 20, p. 633-644, 1994.

Smith-Barusch, Amanda. « Programming for Family Care of Elderly Dependents: Mandates, Incentives, and Service Rationing », *Social Work*, vol. 40, n° 3, mai 1995.

Statistique Canada, Division des Statistiques sur la santé. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995.

Statistique Canada. *Profil des régions urbaines et rurales : Partie B*, 1994a.

Statistique Canada. *Le suicide au Canada*, 1994b.

Statistique Canada. *Vieillissement et autonomie : Aperçu d'une enquête nationale*, 1993a.

Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, 1993b.

Statistique Canada. *Âge, sexe et état matrimonial*, recensement du Canada de 1991, 1992a.

Statistique Canada. *Familles : nombre, genre et structure*, recensement du Canada de 1991, 1992b.

Statistique Canada. *Immigration et citoyenneté*, 1992c.

Statistique Canada. *Recensement de 1991*.

Statistique Canada. *Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales*, Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, 1991a.

Statistique Canada. *Enquête sur le vieillissement et l'autonomie*, 1991b.

Statistique Canada. *Enquête sociale générale* : ESG série analytique, 11-612F, n° 1 (1985) — Santé et aide du milieu; ESG série analytique, 11-612F, n° 4 (1991) — L'emploi du temps; ESG série analytique, 11-612F, n° 8 (1994) — L'état de santé des

Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991; ESG série analytique, 11-612F, n° 9 (1994) — La famille et les amis.

Statistique Canada. *Rapports sur la santé 1992*, vol. 4, n° 4, 1992.

Statistique Canada. *La statistique hospitalière*, document non daté.

Svensson, Torbjorn. « Sweden », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Synergistics Consulting (Toronto), *Elder Monitor*, 1996.

Tandemar Research Inc. *La qualité de la vie chez les aîné(e)s : Une étude qualitative*, octobre 1988.

The DPA Group Inc. *Evaluation of the New Horizons Program Management Report, Final Report*, Direction de la vérification et de l'examen des programmes, Santé et Bien-être social Canada, le 7 octobre 1988.

Thompson, Pamela (InPro Consulting). *Successful Strategies and Programs for the Empowerment of Canadian Seniors in Situations of Risk: Report for the Seniors Independence Research Program Division of Aging and Seniors*, Santé Canada, septembre 1995.

Trevethan, S. « Les personnes âgées victimes de crimes avec violence », *Juststat*, vol. 12, n° 15, août 1992.

Tully, P., et Mohl, C. « Résidents âgés des établissements de santé », *Rapports sur la santé 1995*, Statistique Canada, vol. 7, n° 3, 1995.

UNICEF. *Le progrès des nations*, 1993.

Vérificateur général du Canada. *Rapport annuel*, novembre 1995.

Walker, A. « The Relationship Between the Family and the State in the Care of Older People », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 10, n° 2, p. 94-112, 1991.

Walker, A. « The Economic 'Burden' of Ageing and the Prospect of Intergenerational Conflict », *Ageing and Society*, vol. 10, p. 377-396, 1990.

Warnes, Anthony M. « United Kingdom », *Developments and Research on Aging*, sous la direction d'Erdman B. Palmore, 1993.

Wolfson, M.C. « Perspectives internationales sur l'économie du vieillissement », *L'observateur économique canadien*, août 1991.

ANNEXE C
Formulaire de collecte de données - examen des dossiers

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

Guide d'examen des dossiers pour l'évaluation de la SA/DVA

1: DOCUM

Indiquez les documents de programme qui ont été reçus

01	Formulaire d'approbation du financement	01	
02	Demande	02	
03	Rapport d'activité et de comptabilité	03	
04	Questionnaire sur les répercussions	04	
05	Rapports provisoires	05	
06	Exposés trimestriels	06	
07	Rapport final	07	
08	Rapport d'évaluation	08	
09	Autre(s)	09	O
10	PROPOSITION (EN PARTIE/EN TOTALITÉ)	10	

2: Q1

Indiquez le programme

01	NHPA	1
02	NH	2
03	PAA	3
04	Alliances	4
05	CCNTA	5
06	PRAA	6
07	Projets internes	7

3: Q2A

Quel est le titre du projet?

01	Réponse	1	O

4: Q2B

Quel est le numéro du projet?

5: Q3

Quel est l'exercice financier visé?

01	1991-1992	1
02	1992-1993	2
03	1993-1994	3
04	1994-1995	4
05	1995-1996	5

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

6: Q4A

Quelle est la durée du projet (en mois)?

01	Aucun renseignement dans les dossiers	9999	Nombre

7: Q4B

Le projet est-il terminé ou en cours?

01	Terminé	1
02	En cours	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

8: Q5

Quels sont les objectifs du projet?

01	Objectifs	01	O
02	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

9: Q6A

Le projet porte-t-il sur la santé et le bien-être?

01	Oui (définition)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	BIEN-ÊTRE OU SOUTIEN MENTAL ET AFFECTIF	11	
05	BIEN-ÊTRE OU SANTÉ PHYSIQUE (PRÉVENTION)	12	
06	VIOLENCE - PHYSIQUE	13	
07	VIOLENCE - AFFECTIVE	14	
08	TOXICOMANIE - DROGUES ET ALCOOL	15	
09	EXPLOITATION FINANCIÈRE	16	
10	ISOLEMENT SOCIAL ET SOLITUDE	17	
11	ISOLEMENT GÉOGRAPHIQUE	18	
12	MAUVAISE NUTRITION	19	
13	DÉPRESSION	20	
14	MALADIE CHRONIQUE	21	
15	DÉMENCE	22	
16	AÎNÉS HANDICAPÉS	23	
17	SÉCURITÉ	24	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

10: Q6B

Le projet porte-t-il sur l'autonomie des aînés?

01	Oui (définition)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	SERVICES DE TRANSPORT	11	
05	INFORMATION SUR LES PROGRAMMES ET LES SERVICES	12	
06	SERVICES DE REPAS À DOMICILE	13	
07	REPAS COLLECTIFS	14	
08	VISITES À DOMICILE/SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	15	
09	SERVICES DIVERS PERMETTANT AUX AÎNÉS DE RESTER À LA MAISON/AUTONOMES	16	
10	AIDE AUX AÎNÉS HANDICAPÉS (CÉCITÉ, MOBILITÉ RÉDUITE)	17	
11	AMÉLIORATION DU TAUX D'ALPHABÉTISME	18	
12	ÉDUCATION (FINANCES, SANTÉ, CULTURE CANADIENNE, CUISINE, ETC.)	19	
13	SOUTIEN (PAIRS, BÉNÉVOLES)	20	
14	ACTIVITÉS DANS LES COLLECTIVITÉS POUR FAVORISER L'AUTONOMIE	21	
15	LOGEMENT	22	
16	SÉCURITÉ	23	
17	AUTRE (MOURIR DANS LA DIGNITÉ, AUTOFINANCEMENT, SÉCURITÉ DU REVENU)	24	

11: Q6C

Le projet porte-t-il sur les attitudes face au vieillissement?

01	Oui	1
02	Non	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

12: Q6D

Le projet porte-t-il sur les obstacles nuisant à la participation et à l'engagement des aînés dans la société?

01	Oui (définition)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	BARRIÈRES LINGUISTIQUES	11	
05	TRANSPORT	12	
06	OFFRIR AUX AÎNÉS DES OCCASIONS DE SE RÉUNIR ET UN LIEU DE RENCONTRE	13	
07	ACTIVITÉS POUR FAVORISER LA PARTICIPATION	14	
08	OBSTACLES AUXQUELS FONT FACE LES AÎNÉS HANDICAPÉS/ANALPHABÈTES	15	
09	MESURES POUR INCITER LES AÎNÉS ISOLÉS À ÊTRE ACTIFS	16	
10	RENSEIGNER ET ÉDUQUER LES AÎNÉS SUR LES SERVICES OFFERTS	17	
11	AUTRES	18	

13: Q6E

Y a-t-il d'autres besoins auxquels s'attaque le projet?

01	Oui (besoin)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

14: Q7A

Le projet cible-t-il les aînés en général?

01	Oui	1
02	Non	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

15: Q7B

Le projet cible-t-il les aînés à risque?

01	Oui (risque)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	RÉGIONS RURALES/ÉLOIGNÉES	11	
05	FEMMES	12	
06	ISOLEMENT SOCIAL	13	
07	FAIBLE REVENU	14	
08	ANALPHABÉTISME	15	
09	DÉMENCE/MALADIE MENTALE	16	
10	VIEILLARDS (FRÊLES)	17	
11	AÎNÉS HANDICAPÉS/CONFINÉS À LA MAISON	18	
12	AÎNÉS VICTIMES OU SUSCEPTIBLES D'ÊTRE VICTIMES DE VIOLENCE	19	
13	BARRIÈRES LINGUISTIQUES	20	
14	MINORITÉS ETHNIQUES	21	
15	AUTOCHTONES	22	
16	MALADIE CHRONIQUE ET PROBLÈMES DE SANTÉ RÉCURRENTS	23	

16: Q7C

Le projet cible-t-il tout autre groupe?

01	Oui (groupe)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

17: Q8A

Les clients du projet sont-ils des aînés en général?

01	Oui	1
02	Non	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

18: Q8B

Les clients du projet sont-ils des aînés à risque?

01	Oui (risque)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	RÉGIONS RURALES/ÉLOIGNÉES	11	
05	FEMMES	12	
06	ISOLEMENT SOCIAL	13	
07	FAIBLE REVENU	14	
08	ANALPHABÉTISME	15	
09	DÉMENCE ET MALADIE MENTALE	16	
10	VIEILLARDS (FRÊLES)	17	
11	AÎNÉS HANDICAPÉS/CONFINÉS À LA MAISON	18	
12	AÎNÉS VICTIMES OU SUSCEPTIBLES D'ÊTRE VICTIMES DE VIOLENCE	19	
13	BARRIÈRES LINGUISTIQUES	20	
14	MINORITÉS ETHNIQUES	21	
15	AUTOCHTONES	22	
16	MALADIE CHRONIQUE ET PROBLÈMES DE SANTÉ RÉCURRENTS	23	

19: Q8C

Les clients du projet sont-ils d'autres groupes d'aînés?

01	Oui (groupe)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	ORGANISME D'AÎNÉS	11	
05	BÉNÉVOLES	12	
06	AIDANTS	13	

20: Q8D

Parmi les groupes suivants, y en a-t-il qui sont des clients du projet?

01	Non	01
02	Ministre de la Santé	02
03	Ministre responsable des aînés	03
04	Gouvernement fédéral	04
05	Autres ministères	05
06	Provinces et territoires	06
07	Chercheurs indépendants	07
08	Universités	08
09	Centres de gérontologie	09
10	ONG d'envergure nationale	10
11	ONG d'envergure régionale	11
12	ONG d'envergure locale	12
13	ONG s'occupant du public et des consommateurs	13
14	Secteur privé	14
15	Clients internationaux	15

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

16	Autre (précisez)	16	O
17	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

21: Q9

Quelles sont les activités du projet?

01	Prestation de services aux aînés	01	
02	Recherche	02	
03	Conférences	03	
04	Ateliers	04	
05	Surveillance des problèmes de santé des aînés	05	
06	Diffusion d'information	06	
07	Élaboration de politiques	07	
08	Communications	08	
09	Coordination d'initiatives pour les aînés : échelle fédérale/interministérielle	09	
10	Coordination d'initiatives pour les aînés : échelle provinciale ou territoriale	10	
11	Coordination d'initiatives pour les aînés : échelle locale	11	
12	Coordination d'initiatives pour les aînés : interministérielle	12	
13	Coordination d'initiatives pour les aînés : ONG	13	
14	Coordination d'initiatives pour les aînés : secteur privé	14	
15	Campagnes de sensibilisation du public	15	
16	Enrichissement des connaissances	16	
17	Financement de projets communautaires	17	
18	Financement de programmes de recherche	18	
19	Consultations auprès des aînés ou d'autres intervenants	19	
20	Éducation des professionnels	20	
21	Sensibilisation accrue des gens aux questions relatives aux aînés	21	
22	Formation de partenariats	22	
23	Autre (précisez)	23	O

22: Q10A

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'une approche innovatrice en instaurant une nouvelle démarche?

01	Oui (démarche)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

23: Q10B

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'une approche innovatrice en s'attaquant à une nouvelle question?

01	Oui (question)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

24: Q10C

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'une approche innovatrice en ciblant différents groupes d'aînés?

01	Oui (groupe)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

25: Q10D

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'une approche innovatrice en ayant lieu dans un milieu différent (ex. rural/urbain)?

01	Oui (milieu)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

26: Q10E

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'approches innovatrices en rassemblant différents intervenants?

01	Oui (intervenants)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

27: Q10F

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'approches innovatrices en élargissant les connaissances et en les synthétisant?

01	Oui (connaissances)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

28: Q10G

Le projet a-t-il contribué à l'élaboration d'une approche innovatrice de toute autre manière?

01	Oui (méthode)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

29: Q11

Le projet a-t-il eu besoin de ressources financières?

01	Oui	1	
02	Non	2	=>Q11C
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9	=>Q11C

Quelles sont les ressources financières dont a eu besoin ce projet?

SA/DVA :	@q11a
Partenaires :	@q11b
Votre organisme :	@q11aa
Autres :	@11bb

Arrondir au dollar près (sans virgule).
Si l'information ne figure pas dans les dossiers, inscrire - 99999999.
Si c'est S/O, ne rien inscrire.

30: Q11A

SA/DVA

31: Q11B

Partenaires

32: Q11AA

Votre organisme

33: Q11BB

Autres

34: Q11C

Y a-t-il eu des contributions en nature?

01	Oui	1	
02	Non	2	=>Q11D
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9	=>Q11D

Y a-t-il eu des contributions en nature et, si possible, quelle en était la valeur?

Contrib 1 : @q11ca	Valeur 1 : @q11c1
Contrib 2 : @q11cb	Valeur 2 : @q11c2
Contrib 3 : @q11cc	Valeur 3 : @q11c3
Contrib 4 : @q11cd	Valeur 4 : @q11c4
Contrib 5 : @q11ce	Valeur 5 : @q11c5
Autre : @q11cf	Valeur : @q11co

Arrondir au dollar près (sans virgule).

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

35: Q11CA
Contribution 1

36: Q11C1
Valeur 1 Nombre

37: Q11CB
Contribution 2

38: Q11C2
Valeur 2 Nombre

39: Q11CC
Contribution 3

40: Q11C3
Valeur 3 Nombre

41: Q11CD
Contribution 4

42: Q11C4
Valeur 4 Nombre

43: Q11CE
Contribution 5

44: Q11C5
Valeur 5 Nombre

45: Q11CF
Contribution - autre

46: Q11CO
Valeur - autre Nombre

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

47: Q11D

Combien de bénévoles aident à l'exécution des activités du projet?

		Nombre	
01	Aucun	000	⇒Q12
02	S/O	998	⇒Q12
03	Aucun renseignement dans les dossiers	999	⇒Q12

48: Q11E1

Combien de temps (en heures) l'ensemble des bénévoles ont-ils consacré au projet pendant toute sa durée?

		Nombre
01	Aucun renseignement dans les dossiers	9999

49: Q12

S'il s'agit d'un projet subventionné, deviendra-t-il autosuffisant une fois le financement terminé?

01	Oui	1
02	Non	2 ⇒Q12F
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9 ⇒Q12F

D'où proviendront les fonds et, si possible, quel sera le montant?

Source 1 : @q12a	Valeur 1 : @q12a1
Source 2 : @q12b	Valeur 2 : @q12b1
Source 3 : @q12c	Valeur 3 : @q12c1
Source 4 : @q12d	Valeur 4 : @q12d1
Source 5 : @q12e	Valeur 5 : @q12e1
Autre : @q12o	Autre : @q12o1

Arrondir au dollar près (sans virgule).

50: Q12A

Source 1

51: Q12A1

Valeur 1

Nombre

52: Q12B

Source 2

53: Q12B1

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

Valeur 2 Nombre

54: Q12C
Source 3

55: Q12C1
Valeur 3 Nombre

56: Q12D
Source 4

57: Q12D1
Valeur 4 Nombre

58: Q12E
Source 5

59: Q12E1
Valeur 5 Nombre

60: Q12O
Source - autre

61: Q12O1
Valeur - autre Nombre

62: Q12F
Si le projet n'aspire pas à l'autosuffisance, a-t-il débouché sur des activités permanentes?

01	Oui (activité)	01	O
02	Non	02	
03	S/O	98	
04	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

63: PRE13
Avez-vous établi des partenariats avec d'autres groupes, organismes ou associations?

01	Oui	1	
02	Aucun partenariat établi	2	⇒PRE14
03	S/O	3	⇒PRE14
04	Aucun renseignement dans les dossiers	9	⇒PRE14

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

64: Q13A

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec le GOUVERNEMENT FÉDÉRAL?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

65: Q13B

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec le GOUVERNEMENT PROVINCIAL/TERRITORIAL?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

66: Q13C

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des ONG D'ENVERGURE NATIONALE?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

67: Q13D

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des ONG D'ENVERGURE RÉGIONALE?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

68: Q13E

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des ONG D'ENVERGURE LOCALE?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

69: Q13F

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des ORGANISMES D'AÎNÉS?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

70: Q13G

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des UNIVERSITÉS?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

71: Q13H

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des CENTRES DE GÉRONTOLOGIE?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

72: Q13I

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des CHERCHEURS INDÉPENDANTS?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

73: Q13J

À quel titre un partenariat a-t-il été établi avec des ENTREPRISES?

01	Aucun partenariat établi	01	
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces - outre le financement accordé par la SA/DVA	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

74: Q13K

Si un partenariat a été établi avec d'AUTRES GROUPES, à quel titre le partenariat avec le premier groupe a-t-il été établi?

01	Aucun autre partenariat établi	01	=> PRE14
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

75: Q13K1

Précisez le nom du premier groupe.

01	Réponse	01	O

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

76: Q13L

À quel titre un partenariat avec un deuxième groupe a-t-il été établi?

01	Aucun autre partenariat établi	01	=> PRE14
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

77: Q13L1

Précisez le nom du deuxième groupe.

01	Réponse	01	O

78: Q13M

À quel titre un partenariat avec un troisième groupe a-t-il été établi?

01	Aucun autre partenariat établi	01	=> PRE14
02	Nouveau partenariat	02	
03	Prise de décisions conjointe	03	
04	Organe consultatif	04	
05	Partage d'installations	05	
06	Contributions en espèces	06	
07	Contributions en nature	07	
08	Documentation	08	
09	Ressources humaines	09	
10	Autre (précisez)	10	O
11	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

79: Q13M1

Précisez le nom du troisième groupe.

01	Réponse	01	O

80: PRE14

Y a-t-il eu des produits ou résultats qui en ont découlé?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> Q14B
03	S/O	3	=> Q14B
04	Aucun renseignement dans les dossiers	9	=> Q14B

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

81: Q14A1

Est-ce que des services ont été fournis aux aînés?

01	Oui (service)	01	O
02	Non	02	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	
04	REPAS	11	
05	ACTIVITÉS SOCIALES (JEUX, EXCURSIONS)	12	
06	ACTIVITÉS ÉDUCATIVES (CONFÉRENCIERS, COURS)	13	
07	ACTIVITÉS ARTISANALES	14	
08	VISITES	15	
09	ACTIVITÉS LIÉES À LA SANTÉ (COURS DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE)	16	
10	VISITES DE SANTÉ (CLINIQUE DE PODOLOGIE, COUNSELLING)	17	
11	TRANSPORT	18	
12	FORMATION	19	

82: Q14A2

Combien de publications sont parues?

			Nombre
01	Aucune	000	
02	Aucun renseignement dans les dossiers	999	

83: Q14A3

Combien de rapports de recherche ont été rédigés?

			Nombre
01	Aucun	000	
02	Aucun renseignement dans les dossiers	999	

84: Q14A4

Est-ce que des politiques ont été élaborées?

01	Oui	1
02	Non	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

85: Q14A5

Y a-t-il eu des ateliers?

01	Oui	1
02	Non	2
03	Aucun renseignement dans les dossiers	9

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

86: Q14A6

Y a-t-il eu des tables rondes?

01 Oui 1
02 Non 2
03 Aucun renseignement dans les dossiers 9

87: Q14A7

Est-ce que des documents éducatifs ont été rédigés?

01 Oui 1
02 Non 2
03 Aucun renseignement dans les dossiers 9

88: Q14A8

Est-ce que des conseils ont été dispensés aux responsables du programme ou des politiques?

01 Oui 1
02 Non 2
03 Aucun renseignement dans les dossiers 9

89: Q14A9

Est-ce que des conseils ont été dispensés au Ministre?

01 Oui 1
02 Non 2
03 Aucun renseignement dans les dossiers 9

90: Q14AO

Y a-t-il eu d'autres produits ou résultats?

01 Oui (produit ou résultat) ..... 01 O
02 Non 02
03 Aucun renseignement dans les dossiers 99
04 PRODUITS DE MISE EN OEUVRE 11
05 BROCHURE/AFFICHE 12
06 VIDÉO 13
07 FORMATION 14
08 MÉDIA 15
09 CONFÉRENCE/EXPOSÉ 16
10 ÉTABLISSEMENT D'UN RÉSEAU DE SOUTIEN 17

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

91: Q14B

Combien de nouveaux projets ont été créés grâce aux activités du projet?

		Nombre	
01	Aucun	00	=> Q14C
02	S/O	98	=> Q14C
03	Aucun renseignement dans les dossiers	99	=> Q14C

92: Q14B1

Quels genres de nouveaux projets ont été créés?

01	Oui (genre)	01	O
02	Aucun renseignement dans les dossiers	99	

93: Q14C

Combien de clients en tout ont été servis?

		Nombre
01	Aucun	000
02	S/O	998
03	Aucun renseignement dans les dossiers	999

94: Q14D

Combien d'aînés ont été servis?

		Nombre
01	Aucun	000
02	S/O	998
03	Aucun renseignement dans les dossiers	999

95: Q15A

Le projet a-t-il fait l'objet d'une évaluation?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> Q16A

96: Q15B

Quelle est la qualité de cette évaluation?

01	Très mauvaise	1	
02	Mauvaise	2	
03	Passable	3	
04	Bonne	4	
05	Très bonne	5	
06	Aucun renseignement dans les dossiers	9	=> Q16A

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

97: Q15C

Expliquez la cote de qualité que vous avez attribuée à la Q15B.

01	Précisez	01	O

98: Q16A

Quels ont été les effets et les répercussions à ce jour?

01	Répercussions	001	O
02	Aucun effet ni répercussion	002	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	999	

99: Q16B

Y a-t-il eu des effets imprévus, qu'ils soient positifs ou négatifs (ex. chevauchement avec des projets similaires, plaintes des gouvernements provinciaux ou territoriaux)?

01	Effets	001	O
02	Non	002	
03	Aucun renseignement dans les dossiers	999	

100: Q17A

Quels sont les points forts du projet (précisez seulement si c'est indiqué dans les dossiers)?

01	Points forts	01	O
02	Aucun point fort indiqué dans les dossiers	02	

101: Q17B

Quels sont les points faibles du projet (précisez seulement si c'est indiqué dans les dossiers)?

01	Points faibles	01	O
02	Aucun point faible indiqué dans les dossiers	02	

102: DONE

Y a-t-il d'autres renseignements à inscrire?

01	Oui	1	D
02	Non	2	
03	Ne sait pas/Aucune réponse	9	

103: INT

Voulez-vous fermer définitivement ce fichier ou voulez-vous y revenir?

01	Le fermer définitivement	1	=> SURE
02	Le classer pour y revenir plus tard	2	=> CB

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

104: SURE

Vous voulez vraiment fermer ce dossier définitivement? IL SERA IMPOSSIBLE DE LE RÉCUPÉRER PAR LA SUITE.

01	Oui	1		=> END
02	Non	2	D	=> INT

105: CB

Vous voulez vraiment mémoriser ce fichier dans vos rappels pour le consulter ultérieurement?

01	Oui	1	
02	Non	2	D

106: TOEND

=> *END si 0==0*

107: DUM_1

=> *END si 0==0*

108: DUM_2

109: DUM_5

=> *Q11C si 0==0*

110: DUM_8

111: DUM_9

112: DUM_10

© Ekos Research Associates Inc., 1996/Les Associés de recherche Ekos

ANNEXE D
Guides d'entrevue

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

GUIDE D'ENTREVUE

Personnel de Santé Canada

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), et de trouver d'éventuelles solutions de rechange à la stratégie[1]. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés comprend les quatre éléments suivants : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur.

I. Pertinence du programme

1. À votre avis, de quoi les personnes du troisième âge ont-elles le plus besoin de nos jours? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? Santé Canada a-t-il un rôle à jouer? Veuillez expliquer.

   - La Stratégie à l'égard des aînés/La Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? De quelle manière?

2. La Stratégie à l'égard des aînés/La Division du vieillissement et des aînés peut-elle encore jouer un rôle aux fins suivantes :

   - améliorer et protéger *la santé et le bien-être* des Canadiens âgés? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

- améliorer et protéger *l'autonomie* des Canadiens âgés (logement, transport, réseaux de soutien social)? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- accroître *la compréhension et l'acceptation des personnes âgées* dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- *supprimer les obstacles à l'engagement et à la participation des personnes âgées dans la société*? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

3. Les activités de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés servent-elles de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

II. Réalisation du programme

4. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *accru et consolidé les connaissances sur le vieillissement et les aînés*? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

   - Dans quelle mesure ces connaissances sont-elles communiquées aux autres intéressés, ministères fédéraux, provinces et territoires, et partagées avec eux? Si elles le sont, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

   - Les activités de recherche et de développement des connaissances entreprises par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés ont-elles répondu aux besoins des personnes âgées? De quelle manière?

5. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fourni aux personnes âgées *l'information dont elles ont besoin et la possibilité de faire des choix éclairés* en ce qui concerne les questions touchant leur santé, leur bien-être et leur autonomie? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

6. S'est-il créé des réseaux entre les personnes du troisième âge et celles d'autres secteurs de la société grâce à la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? S'est-il formé des réseaux de chercheurs? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

7. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle permis *la mise au point et la promotion de politiques et de stratégies intégrées* qui répondent aux besoins des personnes âgées, pour les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- Quelle expertise la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fournie aux délibérations sur le développement de la politique et des programmes? Cela a-t-il été utile? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

8. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *fait la promotion d'une image positive et réaliste des personnes âgées*? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

9. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *procuré au Conseil consultatif national sur le vieillissement le soutien dont il a besoin pour accomplir son mandat*? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

10. Dans quelle mesure les projets subventionnés par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés ont-ils été novateurs?

11. Comment décririez-vous le degré de coordination qui existe entre Santé Canada et les autres ministères fédéraux sur les questions touchant les aînés et le vieillissement? Cette coordination est-elle aussi efficace qu'elle le devrait?

12. Les activités de Santé Canada sous la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés ont-elles débouché sur des partenariats?

    - S'agit-il de partenariats de Santé Canada avec d'autres niveaux de gouvernement? Avec le secteur privé? Avec des organisations non gouvernementales?

    - Ces groupes ont-ils créé des partenariats entre eux?

13. Dans quelle mesure les modifications apportées à la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (en ce qui concerne, par exemple, les ressources, les programmes et la structure organisationnelle) ont-elles influé sur l'exécution des services ou la réalisation des objectifs? Veuillez préciser quels changements ou facteurs ont exercé une influence et de quelle manière.

14. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle eu des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

15. Quels sont, dans l'ensemble, les points forts et les points faibles de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - Quels genres de programmes/activités ont eu le plus de bienfaits sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? Quels ont été les moins avantageux?

III. Solutions de rechange

16. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

    - Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

        - Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
        - Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

    - Les activités/fonctions de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés concordent-elles avec la Stratégie sur la santé de la population?

    - Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

        - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

    - Parmi les programmes/activités que soutient actuellement la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquels, à votre avis, ont présenté le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.

    - Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

IV. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

17. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

    - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer afin de répondre aux besoins de ces groupes? De quelle manière?

18. Avez-vous l'impression que la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés rejoint toutes les principales couches ou tous les principaux types d'aînés «à

risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas? Quels genres d'aînés «à risque» ne rejoint-on pas?

19. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés répond-elle aux besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

20. La santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés auraient-ils souffert de l'inexistence de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

    - En ce qui concerne l'avenir, la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés, seraient-ils affectés s'il n'existait pas de Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés et, de façon plus générale, si Santé Canada n'avait pas de programme à l'intention des aînés? Veuillez expliquer.

21. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

GUIDE D'ENTREVUE

Organismes subventionnés

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle des programmes du Ministère destinés aux aînés, et d'y trouver d'éventuelles solutions de rechange[1]. Les programmes destinés aux aînés comprennent : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Collectivement, ces programmes sont officiellement appelés Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale des programme de Santé Canada destinés aux aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur. Les réponses aux questions de l'entrevue n'auront aucune influence sur les subventions actuelles ou futures de Santé Canada.

I. Généralités

1. D'après nos dossiers, vous avez présenté au/à [NOM DU PROGRAMME] en [ANNÉE] une demande de subvention pour [NOM DU PROJET]. Est-ce exact?

   - ❑ Avez-vous reçu une subvention du/de [NOM DU PROGRAMME]?

     - Dans la négative, mettre fin à l'entrevue.

2. Quels sont/étaient les objectifs de votre organisation/projet?

3. Comment vous êtes-vous intéressé au/à [NOM DU PROGRAMME]?

   - ❑ Avez-vous déjà reçu une autre subvention de Santé Canada pour des projets relatifs aux aînés/au vieillissement? Précisez.

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

II. Pertinence du programme

4. Connaissez-vous les objectifs du programme qui a subventionné votre projet?

5. Etes-vous/avez-vous été satisfait des procédés administratifs et de l'exécution du programme qui a subventionné votre projet? (concentrez-vous sur les procédés, l'exécution et le niveau du financement reçu)

   - niveau et genre de financement
   - exigences administratives
   - soutien technique

6. Le projet dans lequel vous êtes/étiez engagé permet-il/a-t-il permis :

   - de collaborer au développement d'approches innovatrices qui ont été reprises ailleurs, en vue d'améliorer les services sociaux et/ou de santé?
   - d'aborder de nouvelles questions?
   - de mettre au point et répandre des connaissances?
   - de cibler divers groupes d'aînés?
   - d'atteindre des milieux différents (p. ex., rural/urbain)?

7. Les activités de votre projet vont-elles se poursuivre lorsque la subvention de Santé Canada sera terminée?

   - Était-ce l'intention de votre projet?

   - Votre projet a-t-il été/sera-t-il capable d'obtenir du financement d'autres sources lorsque la subvention fédérale a/aura cessé? De quelle source?

   - Votre projet devait-il avoir des retombées? En a-t-il eu?

8. Votre projet sert-il de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

III. Réalisation du programme

9. Votre projet a-t-il atteint ses objectifs? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

10. Quels sont/ont été les répercussions et les effets de votre programme sur :

    - les Canadiens âgés, à titre individuel?
    - les professionnels de la santé et autres qui travaillent auprès des aînés?
    - les politiques et programmes du gouvernement?

- ❑ le travail d'autres organisations?
- ❑ le niveau national, provincial et/ou local?

11. Votre projet a-t-il un bon rapport coût-efficacité?

12. Y a-t-il eu des partenariats de créés grâce à la subvention de Santé Canada?

    - ❑ Des partenariats entre Santé Canada et d'autres niveaux de gouvernement? Lesecteur privé? Les organisations non gouvernementales?

    - ❑ Ces groupes ont-il formé entre eux des partenariats?

    - ❑ Quels genres de partenariats :

        - financiers?
        - de bonne entente?
        - de révision en commun de la politique?
        - d'un autre genre?

13. Vos activités auraient-elles eu lieu sans la subvention en vertu du/de [NOM DU PROGRAMME] de Santé Canada?

14. Votre projet a-t-il eu des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

15. Quels sont, à votre avis, les points forts et les points faibles :

    - ❑ de votre projet?
    - ❑ du programme en vertu duquel votre projet a été subventionné?

IV. Solutions de rechange

16. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - ❑ La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

    - ❑ Pourrait-on tout bonnement supprimer certaines activités ou certains programmes? Lesquels?

- Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :
  - Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
  - Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?
- Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement, lesquelles le gouvernement fédéral doit-il absolument conserver?
  - Santé Canada est-il le ministère le mieux placé pour réaliser ces programmes/activités?
  - Quelles activités Santé Canada doit-il absolument conserver?
  - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?
- Parmi les programmes/activités que soutient actuellement Santé Canada lesquels ont présenté, à votre avis, le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.
- Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

IV. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

17. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?
    - Quels sont leurs besoins les plus importants?
    - Votre projet a-t-il un rôle à jouer afin de combler ces besoins? Quel est-il?
18. Avez-vous l'impression que votre projet rejoint des couches ou types majeurs d'aînés «à risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas?
19. Dans quelle mesure votre projet répond-il à quelques-uns des besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?
20. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

GUIDE D'ENTREVUE

Organismes centraux

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), et de trouver d'éventuelles solutions de rechange à la stratégie[1]. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés comprend les quatre éléments suivants : 1) le financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aîné(e)s, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s; 3) la coordination et le soutien de la politique auprès du Ministre; 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies liées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s); la Direction des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les répercussions et la pertinence générale de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur.

I. Pertinence du programme

1. À votre avis, dans quelle mesure le gouvernement fédéral devrait-il tenter d'atteindre les objectifs suivants?

   - ❑ Améliorer et protéger la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés.
   - ❑ Accroître la compréhension et l'acceptation des aînés dans la société.
   - ❑ Supprimer les obstacles à l'engagement et à la participation des aînés dans la société.

2. Santé Canada devrait-il poursuivre ces activités? Que devraient être les priorités du Ministère?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

3. Y a-t-il d'autres domaines relatifs aux aînés ou à la population vieillissante où Santé Canada devrait intervenir davantage (besoins prioritaires, groupes spéciaux)?

4. Croyez-vous que la coordination de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés et l'administration de la majorité de ses programmes représentent un rôle qui convient bien à Santé Canada?

   - Dans quelle mesure croyez-vous que le Ministère a rempli ce rôle - au niveau interministériel et à l'intérieur de Santé Canada?

   - Le rôle que joue la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés afin de coordonner et de centraliser toutes les questions relatives aux aînés à l'intérieur de la fonction publique fédérale est-il adéquat?

II. Réalisations du programme

5. À votre avis, dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle atteint les objectifs suivants :

   - enrichir et regrouper les connaissances sur les questions relatives aux aînés et au vieillissement et les partager avec d'autres ministères fédéraux, les provinces et les intervenants?

   - diriger la conception de politiques, de stratégies et de programmes innovateurs, efficaces et susceptibles de répondre aux besoins des aînés et d'une population vieillissante?

     - Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle influé sur les politiques et les programmes d'autres ministères fédéraux, d'autres ordres de gouvernement et d'organismes non gouvernementaux?

   - promouvoir une image positive et réaliste des aînés auprès de la société canadienne, grâce aux activités, aux communications et aux initiatives éducatives de la Division?

   - fournir aux aînés l'occasion de faire des choix éclairés concernant leur santé, leur bien-être et leur autonomie et leur transmettre les renseignements nécessaires à cette fin?

   - fournir au Conseil consultatif national sur le troisième âge l'aide nécessaire pour qu'il remplisse son mandat?

6. À votre avis, quelle incidence les compressions budgétaires ont-elles eue ou pourraient avoir sur la capacité de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés d'atteindre ses objectifs?

7. Dans l'ensemble, quels sont les points forts et les points faibles de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

III. Solutions de rechange

8. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

   - La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

   - Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

     - afin de répondre aux besoins des aînés en général?
     - afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

   - Les activités et fonctions de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés concordent-elles avec la Stratégie d'amélioration de la santé de la population?

   - Parmi les activités et l'expertise liées aux questions touchant les aînés et le vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

     - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

   - Parmi les programmes et activités que soutient actuellement la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquels, à votre avis, se sont révélés les plus rentables? Expliquez.

   - Quels genres de programmes et activités se sont révélés les moins rentables? Expliquez.

9. Avez-vous d'autres observations à faire?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

GUIDE D'ENTREVUE

Responsables des gouvernements provinciaux ou territoriaux et Comité interministériel des aînés

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), et de trouver d'éventuelles solutions de rechange à la stratégie[1]. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés comprend les quatre éléments suivants : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). La stratégie soutient également le Comité fédéral/provincial/territorial des responsables et ministres titulaires du troisième âge. Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur.

I. Pertinence du programme

1. Connaissez-vous les objectifs et les programmes de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

2. À votre avis, de quoi les personnes du troisième âge ont-elles le plus besoin de nos jours? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? Santé Canada a-t-il un rôle à jouer? Veuillez expliquer.

   - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? De quelle manière?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

3. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés peut-elle encore jouer un rôle aux fins suivantes :

   - améliorer et protéger *la santé et le bien-être* des Canadiens âgés? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - améliorer et protéger *l'autonomie* des Canadiens âgés (logement, transport, réseaux de soutien social)? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - accroître *la compréhension et l'acceptation des personnes âgées* dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - *supprimer les obstacles à l'engagement et à la participation des personnes âgées dans la société*? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

4. Y a-t-il un organisme fédéral qui assume la coordination des initiatives touchant les aînés et le vieillissement? Si oui, dans quels domaines devrait-il placer ses priorités?

5. Existe-t-il une initiative semblable en faveur des aînés dans votre ministère, votre province ou votre territoire? Quels sont ses objectifs et qui cela engage-t-il?

6. Avez-vous modifié votre approche en raison des activités de Santé Canada placées sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? Si oui, de quelle manière?

7. Les activités d'autres intervenants (p. ex., les organisations non gouvernementales) ont-elles changé en raison des activités de Santé Canada placées sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

   - Ces changements ont-ils été positifs ou négatifs? Avez-vous des exemples?

8. Les activités de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés servent-elles de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

II. Réalisation du programme

9. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *accru et consolidé les connaissances sur le vieillissement et les aînés*? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

- Dans quelle mesure ces connaissances sont-elles communiquées aux autres intéressés, ministères fédéraux, provinces et territoires, et partagées avec eux? Si elles le sont, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

- Les activités de recherche et de développement des connaissances, entreprises par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, ont-elles répondu aux besoins des personnes âgées? De quelle manière?

10. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fourni aux personnes âgées *l'information dont elles ont besoin et la possibilité de faire des choix éclairés* en ce qui concerne les questions touchant leur santé, leur bien-être et leur autonomie? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

11. S'est-il créé des réseaux entre les personnes du troisième âge et celles d'autres secteurs de la société grâce à la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? S'est-il formé des réseaux de chercheurs? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

12. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle permis *la mise au point et la promotion de politiques et de stratégies intégrées* qui répondent aux besoins des personnes âgées, pour les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

    - Quelle expertise la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fournie aux délibérations sur le développement de la politique et des programmes? Cela a-t-il été utile? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

13. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *fait la promotion d'une image positive et réaliste des personnes âgées*? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

14. Santé Canada a été mandaté pour servir de coordonnateur entre le gouvernement fédéral et les provinces/territoires en ce qui touche les problèmes des aînés/du vieillissement. Le degré de coordination vous semble-t-il suffisant?

15. Les activités de Santé Canada à la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés ont-elles débouché sur des partenariats?

    - S'agit-il de partenariats de Santé Canada avec d'autres niveaux de gouvernement? Avec le secteur privé? Avec des organisations non gouvernementales?

    - Ces groupes ont-ils créé des partenariats entre eux?

16. Quelles ont été les répercussions des compressions fédérales et provinciales/territoriales sur votre programme touchant les aînés?

    - À votre avis, quelles seront les répercussions du Transfert social canadien (TSC) sur votre programme touchant les aînés?

17. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle eu des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

18. Quels sont, dans l'ensemble, les points forts et les points faibles de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, de ses programmes/activités et de ses ressources humaines?

    - Quels genres de programmes/activités ont eu le plus de bienfaits sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? Quels ont été les moins avantageux?

19. La santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés auraient-ils souffert de l'inexistence de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

    - Auriez-vous réalisé vos activités sans l'existence de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - En ce qui concerne l'avenir, la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés, seraient-ils affectés s'il n'existait pas de Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés et, de façon plus générale, si Santé Canada n'avait pas de programme à l'intention des aînés? Veuillez expliquer.

III. Solutions de rechange

20. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

    - Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

        - Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
        - Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

- Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

  - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

- Parmi les programmes/activités que soutient actuellement la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquels, à votre avis, ont présenté le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.

- Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

IV. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

21. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

    - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer afin de répondre aux besoins de ces groupes? De quelle manière?

22. Avez-vous l'impression que la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés rejoint toutes les principales couches ou tous les principaux types d'aînés «à risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas? Quels genres d'aînés «à risque» ne rejoint-on pas?

23. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés répond-elle aux besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

24. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

GUIDE D'ENTREVUE

Intervenants

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), et de trouver d'éventuelles solutions de rechange à la stratégie[1]. La Division du vieillissement et des aînés/Stratégie à l'égard des aînés comprend les quatre éléments suivants : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur.

I. Généralités

1. Quels sont les objectifs et/ou le principal intérêt de votre organisation?

2. Collaborez-vous, vous-même ou votre organisation, à des programmes ou activités subventionnés par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), ou recevez-vous des crédits provenant de ces programmes ou activités? Avez-vous déjà eu affaire avec la SA/DVA?

   - Avec quel programme ou activité de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés avez-vous déjà eu affaire? Quelle était la nature de votre intervention?

   - Recevez-vous actuellement, vous-même ou votre organisation, des crédits provenant de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

- Avez-vous déjà reçu une subvention? En avez-vous déjà demandé une?

II. Pertinence du programme

3. À votre avis, de quoi les personnes du troisième âge ont-elles le plus besoin de nos jours? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? Santé Canada a-t-il un rôle à jouer? Veuillez expliquer.

   - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? De quelle manière?

4. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés peut-elle encore jouer un rôle aux fins suivantes :

   - améliorer et protéger *la santé et le bien-être* des Canadiens âgés? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - améliorer et protéger *l'autonomie* des Canadiens âgés (logement, transport, réseaux de soutien social)? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

accroître *la compréhension et l'acceptation des personnes âgées* dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - supprimer les obstacles à l'engagement et à la participation des personnes âgées dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

5. Les activités de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés servent-elles de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

III. Réalisation du programme

6. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *accru et consolidé les connaissances sur le vieillissement et les aînés*? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

- Dans quelle mesure ces connaissances sont-elles communiquées aux autres intéressés, ministères fédéraux, provinces et territoires, et partagées avec eux? Si elles le sont, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

- Les activités de recherche et de développement des connaissances, entreprises par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, ont-elles répondu aux besoins des personnes âgées? De quelle manière?

7. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fourni aux personnes âgées *l'information dont elles ont besoin et la possibilité de faire des choix éclairés* en ce qui concerne les questions touchant leur santé, leur bien-être et leur autonomie? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

8. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle permis *la mise au point et la promotion de politiques et de stratégies intégrées* qui répondent aux besoins des personnes âgées, pour les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

9. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *fait la promotion d'une image positive et réaliste des personnes âgées*? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

10. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés soutient-elle des projets novateurs? Comment s'y prend-elle?

    - Dans quelle mesure avez-vous, vous-même ou votre organisation, modifié vos interventions en fonction de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

11. Les activités de Santé Canada sous la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés ont-elles débouché sur des partenariats?

    - S'agit-il de partenariats de Santé Canada avec d'autres niveaux de gouvernement? Avec le secteur privé? Avec des organisations non gouvernementales?

Ces groupes ont-ils créé des partenariats entre eux?

12. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle eu des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

13. Quels sont, dans l'ensemble, les points forts et les points faibles de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

- Quels genres de programmes/activités ont eu le plus de bienfaits sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? Quels ont été les moins avantageux?

IV. Solutions de rechange

14. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

- La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

- Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
- Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

- Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

  - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

- Parmi les programmes/activités que soutient actuellement la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquels, à votre avis, ont présenté le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.

- Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

V. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

15. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer afin de répondre aux besoins de ces groupes? De quelle manière?

16. Avez-vous l'impression que la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés rejoint toutes les principales couches ou tous les principaux types d'aînés «à risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas? Quels genres d'aînés «à risque» ne rejoint-on pas?

17. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés répond-elle aux besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

18. La santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés auraient-ils souffert de l'inexistence de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

    - En ce qui concerne l'avenir, la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés, seraient-ils affectés s'il n'existait pas de Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés et, de façon plus générale, si Santé Canada n'avait pas de programme à l'intention des aînés? Veuillez expliquer.

19. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

GUIDE D'ENTREVUE

Membres du CCNTA

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA), et de trouver d'éventuelles solutions de rechange à la stratégie[1]. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés comprend les quatre éléments suivants : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur.

I. Pertinence du programme

1. À votre avis, de quoi les personnes du troisième âge ont-elles le plus besoin de nos jours? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

   - Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? Santé Canada a-t-il un rôle à jouer? Veuillez expliquer.

   - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer pour tenter de combler ces besoins? De quelle manière?

2. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés peut-elle encore jouer un rôle aux fins suivantes :

   - améliorer et protéger *la santé et le bien-être* des Canadiens âgés? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

- améliorer et protéger *l'autonomie* des Canadiens âgés (logement, transport, réseaux de soutien social)? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- accroître *la compréhension et l'acceptation des personnes âgées* dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- supprimer les obstacles à l'engagement et à la participation des personnes âgées dans la société? Quel devrait être ce rôle? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

3. Les activités de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés servent-elles de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

II. Réalisation du programme

4. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *accru et consolidé les connaissances sur le vieillissement et les aînés*? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

   - Dans quelle mesure ces connaissances sont-elles communiquées aux autres intéressés, ministères fédéraux, provinces et territoires, et partagées avec eux? Si elles le sont, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

   - Les activités de recherche et de développement des connaissances, appuyées et/ou entreprises par la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, ont-elles répondu aux besoins des personnes âgées? De quelle manière?

5. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fourni aux personnes âgées *l'information dont elles ont besoin et la possibilité de faire des choix éclairés* en ce qui concerne les questions touchant leur santé, leur bien-être et leur autonomie? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

6. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle permis *la mise au point et la promotion de politiques et de stratégies intégrées* qui répondent aux besoins des personnes âgées, pour les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

- Quelle expertise la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle fournie aux délibérations sur le développement de la politique et des programmes? Cela a-t-il été utile? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi pas?

7. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle *fait la promotion d'une image positive et réaliste des personnes âgées*? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

8. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle procuré ce qui suit au Conseil consultatif national sur le troisième âge :

   - Aide à la recherche?
   - Soutien en matière de politique?
   - Soutien aux communications?
   - Soutien administratif?

9. Pensez-vous que le CCNTA a contribué à atteindre les objectifs de la Stratégie? Avez-vous des exemples?

10. Que serait-il arrivé au CCNTA sans l'existence de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

11. La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle eu des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

12. Quels sont, dans l'ensemble, les points forts et les points faibles de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - Quels genres de programmes/activités ont eu le plus de bienfaits sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? Quels ont été les moins avantageux?

III. Solutions de rechange

13. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des organisations non gouvernementales, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

    - La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

- Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

  - Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
  - Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

- Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

  - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

- Parmi les programmes/activités que soutient actuellement la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquels, à votre avis, ont présenté le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.

- Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

IV. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

14. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

    - La Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés a-t-elle un rôle à jouer afin de répondre aux besoins de ces groupes? De quelle manière?

15. Avez-vous l'impression que la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés rejoint toutes les principales couches ou tous les principaux types d'aînés «à risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas? Quels genres d'aînés «à risque» ne rejoint-on pas?

16. Dans quelle mesure la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés répond-elle aux besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

17. S'est-il créé des réseaux entre les personnes du troisième âge et celles d'autres secteurs de la société grâce à la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés? S'est-il formé des réseaux de chercheurs? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

18. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

GUIDE D'ENTREVUE

Groupes/organismes dont la demande de subvention a été refusée

Santé Canada a chargé les Associés de recherche Ekos d'évaluer la réussite et la pertinence actuelle des programmes du Ministère destinés aux aînés, et d'y trouver d'éventuelles solutions de rechange[1]. Les programmes destinés aux aînés comprennent : 1) le Financement des programmes communautaires des aînés (p. ex., Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés, et les anciens programmes comme le Programme d'autonomie des aînés, Alliances pour l'autonomie et Nouveaux Horizons); 2) le Programme de recherche pour l'autonomie des aînés; 3) la coordination de la politique et le soutien ministériel, et 4) le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). Collectivement, ces programmes sont officiellement appelés Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés. Les services de Santé Canada qui s'inscrivaient ou s'inscrivent encore dans la Stratégie comprennent : le Secrétariat du troisième âge; le Secrétariat du CCNTA; les Programmes communautaires des aînés; la Division des maladies reliées au vieillissement; la Politique en matière de santé; le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (dont fait partie le Programme de recherche sur l'autonomie des aînés); la Direction générale des aînés ainsi que les Bureaux régionaux.

L'entrevue a pour but de recueillir les points de vue sur les incidences et la pertinence générale des programme de Santé Canada destinés aux aînés. Si le répondant ne s'estime pas assez compétent pour répondre à certaines des questions, il doit se sentir libre d'en informer l'intervieweur. Les réponses aux questions de l'entrevue n'auront aucune influence sur les subventions actuelles ou futures de Santé Canada.

I. Généralités

1. D'après nos dossiers, vous avez présenté au/à [NOM DU PROGRAMME] en [ANNÉE] une demande de subvention pour [NOM DU PROJET]. Est-ce exact?

   - ❑ Quels étaient les objectifs de votre projet?

   - ❑ Avez-vous reçu une subvention du/de [NOM DU PROGRAMME]?

     - Dans l'affirmative, mettre fin à l'entrevue.
     - Dans la négative, vous a-t-on jamais expliqué pourquoi votre demande de subvention avait été rejetée? Si oui, l'explication vous a-t-elle paru plausible?

   - ❑ Votre projet s'est-il jamais réalisé? Si oui, quelles ont été vos sources de financement?

1. Numéro d'enregistrement = HC-002-085-9619

2. Avez-vous l'intention de présenter une autre demande de subvention en vertu du/de [NOM DU PROGRAMME] ou d'un autre programme de Santé Canada relatif aux aînés?

II. Pertinence du programme

3. Connaissez-vous les objectifs des programmes suivants de Santé Canada relatifs aux aînés?

- ❑ Nouveaux Horizons : Partenaires des aînés
- ❑ Programme pour l'autonomie des aînés
- ❑ Alliances pour l'autonomie
- ❑ Programmes Nouveaux Horizons
- ❑ Programme de recherche pour l'autonomie des aînés

4. Les programmes de Santé Canada servent-ils de *supplément ou complément* aux activités d'autres ministères, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou territoriaux, ou d'organisations non gouvernementales (ONG), ou y a-t-il *dédoublement*? S'il y a dédoublement, en quoi consiste-t-il?

III. Réalisation du programme

5. Quels ont été les répercussions et les effets des programmes relatifs aux aînés de Santé Canada sur : (*Ne répondez que si vous vous sentez en mesure de le faire*)

- ❑ les Canadiens âgés, à titre individuel?
- ❑ les professionnels de la santé et autres qui travaillent auprès des aînés?
- ❑ les politiques et programmes du gouvernement?
- ❑ le travail d'autres organisations?
- ❑ le niveau national, provincial et/ou local?

6. Y a-t-il eu des partenariats de créés grâce aux subventions de Santé Canada? (*Ne répondez que si vous vous sentez en mesure de le faire*)

- ❑ Des partenariats entre Santé Canada et d'autres niveaux de gouvernement? Le secteur privé? Les organisations non gouvernementales?

- ❑ Ces groupes ont-il formé entre eux des partenariats?

- ❑ Quels genres de partenariats :

  - financiers?
  - de bonne entente?

- de révision en commun de la politique?
- d'un autre genre?

7. Les programmes de Santé Canada ont-ils des effets *inattendus* (positifs ou négatifs)? Précisez.

8. Quels sont, à votre avis, les points forts et les points faibles des programmes de Santé Canada relatifs aux aînés?

IV. Solutions de rechange

9. Compte tenu de l'engagement d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux ou territoriaux et des ONG, pensez-vous que Santé Canada devrait maintenir toutes ses activités sous l'égide de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés?

   - La responsabilité de certains programmes et de certaines activités pourrait-elle être confiée à d'autres ministères fédéraux, aux gouvernements provinciaux ou territoriaux, aux municipalités ou à des ONG? Que pourrait-on confier à d'autres et comment s'y prendre?

   - Pourrait-on tout bonnement supprimer certaines activités ou certains programmes? Lesquels?

   - Avez-vous des idées pour de nouveaux mécanismes ou de nouvelles structures :

     - Afin de répondre aux besoins des aînés en général?
     - Afin d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés?

   - Parmi les activités et l'expertise à l'égard des aînés et du vieillissement qui relèvent actuellement de la Stratégie à l'égard des aînés/Division du vieillissement et des aînés, lesquelles Santé Canada doit-il absolument conserver?

     - Santé Canada est-il le ministère le mieux placé pour réaliser ces programmes/activités?
     - Quelles activités Santé Canada doit-il absolument conserver?
     - Quel ordre de priorité accorderiez-vous à ces activités?

   - Parmi les programmes/activités que soutient actuellement Santé Canada lesquels ont présenté, à votre avis, le meilleur rapport coût-efficacité? Expliquez.

- Quels genres de programmes/activités ont présenté un rapport coût-efficacité moins satisfaisant? Expliquez.

IV. Questions supplémentaires (seulement s'il reste du temps)

10. À votre avis, de quels groupes d'aînés peut-on dire qu'ils sont «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

    - Quels sont leurs besoins les plus importants?

    - Santé Canada a-t-il un rôle à jouer afin de combler ces besoins? Quel est-il?

11. Avez-vous l'impression que les programmes de Santé Canada rejoignent des couches ou types majeurs d'aînés «à risque»? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas?

12. Dans quelle mesure les programmes de Santé Canada répondent-ils à quelques-uns des besoins les plus importants des aînés, y compris des aînés «à risque»? Sur quoi fondez-vous votre opinion?

13. Avez-vous d'autres observations?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

ANNEXE E
Répartition des entrevues

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

Répartition des entrevues avec les répondants importants

PIÈCE E.1
Entrevues auprès des répondants importants des organismes centraux

Type de répondant	Sous-groupe de répondants	Nombre d'entrevues
Organismes centraux	Conseil du Trésor	1
	Bureau du Conseil privé	1
TOTAL		2

PIÈCE E.2
Entrevues auprès des répondants importants du personnel et de la haute direction de Santé Canada

Type de répondant	Sous-groupe de répondants	Nombre d'entrevues
Haute direction et personnel de Santé Canada	Administration centrale	16
	Bureaux régionaux	12
TOTAL		28

PIÈCE E.3
Entrevues auprès des répondants importants des provinces et territoires

Type de répondant	Sous-groupe de répondants	Nombre d'entrevues
Responsables provinciaux et territoriaux	Colombie-Britannique	2
	Yukon	1
	Alberta	2
	Territoires du Nord-Ouest	1
	Saskatchewan	2
	Manitoba	2
	Ontario	2
	Québec[1]	0
	Nouveau-Brunswick	1
	Nouvelle-Écosse	1
	Terre-Neuve et Labrador	1
	île-du-Prince-Édouard	1
TOTAL		16

PIÈCE E.4
Entrevues auprès des répondants importants des organismes ou groupes subventionnés

Type de répondant	Sous-groupe de répondants	Nombre d'entrevues
Organismes ou groupes subventionnés	PRAA	4
	Alliances	2
	NH	4
	NHPA	4
	PAA	3
TOTAL		17

1. Deux entrevues devaient avoir lieu avec des représentants du Québec, mais le gouvernement du Québec a refusé de participer à l'étude.

PIÈCE E.5
Entrevues auprès des répondants importants des organismes ou groupes dont la demande de subvention a été refusée

Type de répondant	Sous-groupe de répondants	Nombre d'entrevues
Organismes ou groupes dont la demande de subvention a été refusée	PRAA	2
	Alliances	1
	NH	3
	NHPA	3
	PAA	1
TOTAL		10

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

ANNEXE F
Instruments d'enquête

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos Inc., 1996

Enquête auprès des bénéficiaires

INTRODUCTION, NOTE AUX INTERVIEWEURS : Utilisez «Monsieur» ou «Madame» pour vous adresser aux répondants.

Bonjour. Je m'appelle ___ et je travaille pour les Associés de recherche Ekos. Santé Canada nous a demandé d'évaluer les programmes du ministère concernant les aînés et le vieillissement. Notre étude a pour but de recueillir des points de vue sur les divers programmes du gouvernement destinés à venir en aide aux aînés et sur les priorités que le gouvernement fédéral devrait se fixer à l'avenir. Nous aimerions vous poser quelques questions au sujet de <proj >. Vous êtes tout à fait libre de collaborer à ce sondage, et votre refus d'y participer n'affectera pas du tout les services que vous recevez déjà ou recevrez plus tard du gouvernement. Toute l'information que vous nous fournirez sera protégée en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels, et vous pourrez demander à voir le rapport, en vertu de la Loi sur l'accès à l'information. Vous pouvez aussi refuser de répondre à une question si elle vous met mal à l'aise. L'entrevue dure à peu près 20 minutes. Ce moment-ci vous convient-il?

@invit (1=oui, 2=non)

1: INVIT

Introduction.

01	Oui	1	
02	Non	2	=> INT

2: SENIO

Quelle est votre année de naissance? SI LA PERSONNE A MOINS DE 65 ANS (C.-A-D. QU'ELLE EST NÉE APRÈS 1931 (P. EX., 1932)) LA REMERCIER ET METTRE FIN A L'ENTREVUE

01	Moins de 65 ans	01	=> INT
02	NSP/NRP	99	

3: INTR3

D'abord, j'aurais besoin d'une confirmation. D'après nos dossiers vous avez, au cours des cinq dernières années, participé à un projet subventionné par le gouvernement fédéral ou reçu un service appelé <proj > par l'intermédiaire de <spon >. Est-ce exact?

01	Oui	1	=> +2
02	Non	2	

4: OFFER

Votre nom nous a été fourni par <head > de <spon >. Vous souvenez- vous d'avoir pris part à cette activité ou d'avoir reçu ce service?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> INT
03	NSP/NRP	9	

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

5: DESCP

Quelle était l'activité principale ou quel service principal avez- vous reçu?

01	Activité physique, sport, conditionnement physique	01
02	Services d'hygiène, comme le soin des pieds	02
03	Activités sociales	03
04	Repas/préparation de repas	04
05	Services éducatifs, séances d'information	05
06	Reçu une brochure ou une publication	06
07	Autre	07
08	NSP/NRP	99

6: HEATH

Les services/activités vous ont-ils aidé d'une façon ou d'une autre à maintenir ou à améliorer votre santé, votre bien-être et/ou votre autonomie?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +2
03	NSP/NRP	9	=> +2

7: TYPE

De quelle façon?

01	Réponse	01
02	NSP/NRP	99

8: ALTEN

Connaissez-vous dans votre milieu des programmes ou des projets qui offraient des activités/services semblables à ceux de <proj >?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +2
03	NSP/NRP	9	

9: NEW

Participez-vous actuellement à des programmes ou projets qui offrent des activités/services semblables?

01	Oui	1
02	Non	2
03	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

10: OTHER

Participez-vous actuellement à d'autres programmes ou recevez-vous des services spécifiquement destinés aux aînés?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +2
03	NSP/NRP	9	

11: KINDS

MESSAGE: SUGGÉRER AU BESOIN, RETENIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES

De quelle sorte de services ou programmes pour aînés s'agit-il?

01	Aide domestique	01
02	Aide pour les repas	02
03	Transport	03
04	Activités sociales/club/centre de jour	04
05	Conditionnement physique/sport	05
06	Services de santé	06
07	Services spécialisés	07
08	Services sociaux	08
09	Services/programmes d'éducation/d'information	09
10	Services de relève/soutien aux fournisseurs de soins	10
11	Soins à domicile	11
12	Autre (préciser)	12
13	NSP/NRP	99

12: FAMIL

Recevez-vous une aide quelconque (p. ex., pour entretenir la maison, vous déplacer) de la part de votre famille et de vos amis? SI C'EST OUI - Demander si c'est «beaucoup» ou «un peu»

01	Oui, beaucoup	1
02	Oui, un peu	2
03	Non	3
04	NSP/NRP	9

13: AFSUP

MESSAGE: LIRE LA LISTE

Comment qualifieriez-vous la disponibilité de l'aide que votre famille, vos amis et/ou vos voisins pourraient vous apporter si vous en aviez besoin. Diriez-vous que c'est....

01	Plus que ce dont j'ai ou j'aurais besoin	1
02	Équivalent à mes besoins	2
03	Moins que ce dont j'ai ou j'aurais besoin	3
04	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

14: DOTHI

Êtes-vous d'accord, en désaccord ou ni d'accord ni en désaccord avec la phrase suivante : «J'ai quelqu'un dans ma vie avec qui je fais des choses et à qui je peux me confier».

01	D'accord	1
02	Ni d'accord ni en désaccord	2
03	En désaccord	3
04	NSP/NRP	9

15: ISSUP

MESSAGE: NUMÉROTER CHAQUE RÉPONSE 1,2

Quels sont les deux problèmes actuels qui menacent le plus la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés de nos jours? Commencez par celui que vous jugez le plus important.

01	Réponse	01
02	NSP/NRP	99

16: RESP

MESSAGE: UNE SEULE RÉPONSE

En ce qui concerne les aînés et le vieillissement en général, qui devrait, à votre avis, avoir la responsabilité PRINCIPALE. Est- ce...

Rotation => 4

01	Le gouvernement	01
02	Les organismes bénévoles ou sans but lucratif	02
03	Les individus en général	03
04	Les aînés	04
05	Autre	05
06	NSP/NRP	99

17: LEVEL

=> +1 si NOT(RESP=#1)

Quel niveau de gouvernement devrait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement?

01	Fédéral	1
02	Provincial	2
03	Local/municipal	3
04	NSP/NRP	9

18: INVOL

MESSAGE: LIRE LA LISTE

En général, en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse à l'avenir pour TOUS les Canadiens âgés. Serait-ce....

01	Augmenter le niveau de son soutien	1
02	Maintenir son niveau de soutien actuel	2
03	Réduire le niveau de son soutien	3
04	Supprimer tout soutien	4
05	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

19: INVO2

MESSAGE: LIRE LA LISTE

En général, en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse à l'avenir pour les Canadiens âgés à FAIBLE REVENU. Serait-ce....

01 Augmenter le niveau de son soutien 1
02 Maintenir son niveau de soutien actuel 2
03 Réduire le niveau de son soutien 3
04 Supprimer tout soutien 4
05 NSP/NRP 9

20: LOWIN

Certains prétendent que ceux qui peuvent payer doivent le faire et que seules les personnes âgées à faible revenu doivent obtenir des services financés par le gouvernement. Êtes-vous d'accord, en désaccord ou ni d'accord ni en désaccord avec cet énoncé?

01 D'accord 1
02 Ni d'accord ni en désaccord 2
03 En désaccord 3
04 NSP/NRP 9

21: PRIOR

Le gouvernement aura divers défis à relever à mesure que vieillit la population canadienne. A l'égard de chaque domaine suivant, dites-moi si vous pensez que le gouvernement devrait, pour tous les Canadiens âgés, augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire.

22: PENS

Rotation => RISK

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....la sécurité du revenu comme les pensions et les crédits d'impôts NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

23: PBLH

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des soins de santé de base NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

24: EBENE

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des services de santé élargis, comme les médicaments d'ordonnance NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

25: INTER

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des services de santé reçus à l'extérieur du Canada NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

26: AFFOR

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le logement spécialisé (p. ex., résidence pour personnes âgées offrant des soins sur place, logement adapté aux besoins des aînés, etc.) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

27: ACCES

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le transport accessible NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

28: HOME

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...les soins à domicile ou les services de soutien domestique (comme pour l'entretien ménager, l'aide pour le bain, la préparation des repas, les soins infirmiers, etc.) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

29: RESPT

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les services de soutien aux personnes qui prennent soin d'un parent ou d'un ami âgé NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

30: PALL

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...les soins spécialisés pour malades en phase terminale NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

31: PWELL

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les programmes et renseignements destinés aux personnes âgées, touchant des questions comme l'exercice, l'alimentation, la prévention des accidents, la consommation de médicaments, etc. NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

32: COMMC

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les organisations pour aînés NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

33: KNOW

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...l'information offerte aux aînés au sujet de leur santé, leur bien-être et leur autonomie NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

34: INFO

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'amélioration de l'image des aînés et du vieillissement dans le public NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

35: LEAD

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'orientation et la coordination des autres organismes qui s'occupent des questions des aînés à travers le Canada NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

36: RESE

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le financement de la recherche sur les maladies qui frappent les personnes âgées, comme l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

37: RISK

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le paiement des aides et appareils médicaux comme les prothèses auditives et les déambulateurs (marchettes) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

38: NONSE

A votre avis, comment les autres personnes perçoivent-elles, en général, les personnes âgées et le vieillissement au Canada de nos jours? Diriez-vous qu'elles ont généralement....

01	une opinion positive	1
02	une opinion ambivalente	2
03	une opinion négative	3
04	NSP/NRP	9

39: PRE57

Enfin, j'aimerais vous poser quelques questions à des fins statistiques. Je vous rappelle que toutes vos réponses seront protégées et qu'elles ne figureront pas individuellement dans les rapports.

40: RETIR

Êtes-vous actuellement retraité, semi-retraité, personne au foyer, employé ou travailleur autonome? (LES RETRAITÉS DOIVENT AVOIR DÉJÀ FAIT PARTIE DE LA POPULATION ACTIVE, ET LES PERSONNES AU FOYER DOIVENT N'AVOIR JAMAIS TRAVAILLÉ À L'EXTÉRIEUR)

01	Retraité	1	
02	Personne au foyer	2	
03	Employé à l'extérieur du foyer	3	
04	Travailleur autonome	4	
05	Autre (préciser)	5	
06	Semi-retraité	6	
07	NSP/NRP	9	=> +3

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

41: I2

=> +1 si NOT(RETIR=#3-#4)

MESSAGE: RETENIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES - NE PAS LIRE LES CATÉGORIES

Travaillez-vous à temps partiel ou à plein temps?

01	A temps partiel	1
02	A plein temps	2
03	NSP/NRP	9

42: VOL

Faites-vous du bénévolat pour des groupes ou des organisations? SI C'EST OUI, demander si c'est «beaucoup» ou «un peu»

01	Oui, beaucoup	1
02	Oui, un peu	2
03	Non	3
04	NSP/NRP	9

43: VOLLF

Consacrez-vous du temps à aider votre famille, des amis ou des voisins? SI C'EST OUI, demander si c'est «beaucoup» ou «un peu»

01	Oui, beaucoup	1
02	Oui, un peu	2
03	Non	3
04	NSP/NRP	9

44: Q59

Quel est votre état civil actuel?

01	Marié/conjoint de fait	1
02	Veuf/veuve	2
03	Célibataire (n'ayant jamais été marié)	3
04	Séparé ou divorcé	4
05	NSP/NRP	9

45: HEALT

En général, à comparer avec des personnes de votre âge, décririez- vous votre état de santé et de bien-être comme très bon, moyen ou mauvais?

01	Très bon	1
02	Moyen	2
03	Mauvais	3
04	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

46: DIS

Avez-vous une maladie chronique, une blessure ou un handicap qui vous empêche d'être autonome du point de vue physique?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +2
03	NSP/NRP	9	

47: SPECI

Dans quelle mesure diriez-vous que votre autonomie physique est limitée par une maladie, une blessure ou un handicap? Diriez-vous que c'est...

01	Beaucoup	1
02	Assez	2
03	Un peu	3
04	NSP/NRP	9

48: IMPRO

Avez-vous fait quelque chose pour améliorer votre santé au cours des 12 derniers mois?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +3
03	NSP/NRP	9	

49: SINGL

Quel changement le plus important avez-vous effectué au cours des 12 derniers mois pour améliorer votre santé?

01	Augmenté mon activité physique	01
02	Perdu du poids	02
03	Modifié mes habitudes alimentaires	03
04	Géré ma tension artérielle	04
05	Changé mon environnement physique	05
06	Acquis un accessoire fonctionnel ou un support médical	06
07	Reçu de meilleurs soins	07
08	Changé de médicaments	08
09	Autre (préciser)	09
10	NSP/NRP	99

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

50: HELP

MESSAGE: LIRE LES CATÉGORIES, RETENIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES

Parmi les facteurs suivants, y en a-t-il qui vous ont aidé à effectuer ce changement?

APPROFONDIR : Y a-t-il d'autres facteurs qui vous ont aidé à effectuer ce changement?

01	Soutien de la famille ou des amis	01
02	Meilleure connaissance des risques pour la santé	02
03	Modification des lois ou des politiques	03
04	Changement de situation personnelle	04
05	Conseil d'un professionnel de la santé	05
06	Rien de ce qui précède	09
07	Autre	07
08	NSP/NRP	99

51: EDUC

Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint?

01	Pas fréquenté l'école	01
02	École primaire	02
03	Quelques années d'école secondaire	03
04	Diplôme d'études secondaires	04
05	Quelques années de cégep/collège communautaire	05
06	Diplôme d'études collégiales	06
07	Quelques années d'université	07
08	Diplôme universitaire de 1er cycle (p. ex., B.A., B. Sc.)	08
09	Diplôme d'études supérieures (p. ex., M.A., M.Sc., Ph.D.)	09
10	Autre (préciser)	10
11	NSP/NRP	99

52: WHERE

MESSAGE: SUGGÉRER LES CATÉGORIES

Quel est votre genre d'habitation?

01	Maison privée	01	
02	Maison de retraite	02	=> SIZE
03	Centre d'accueil	03	=> SIZE
04	Autre (préciser)	04	=> SIZE
05	NSP/NRP	99	=> SIZE

53: NUMB

Combien de personnes, y compris vous-même, habitent chez vous?

01	NSP/NRP	99

54: SIZE

Combien y a-t-il d'habitants environ dans votre localité?

01	Moins de 10 000	1
02	entre 10 000 et 99 999	2
03	entre 100 000 et 1 million	3
04	1 million et plus	4
05	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

55: CULT

Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu dans votre enfance et que vous comprenez encore?

01 Anglais 01
02 Français 02
03 Autre 03

Laquelle des trois phrases suivantes décrit le mieux votre situation financière actuelle?

1. Je peux satisfaire mes besoins et il me reste assez d'argent pour dépenser à ma guise.

2. J'ai assez d'argent pour satisfaire mes besoins mais il ne m'en reste pas beaucoup pour du superflu.

3. J'ai à peine assez d'argent pour mes besoins et il ne me reste rien pour du superflu.

@meet
1 - Besoins satisfaits et surplus d'argent
2 - Assez pour les besoins mais en reste peu
3 - A peine assez pour les besoins
9 - NSP/NRP

56: MEET

01 Assez pour le superflu 1
02 Pas beaucoup pour le superflu 2
03 A peine assez pour les besoins 3
04 NSP/NRP 9

57: HOU

MESSAGE: LAISSER AUX RÉPONDANTS LE CHOIX DE NE PAS RÉPONDRE S'ILS SONT MAL A L'AISE

Quel était environ le revenu annuel global de votre ménage, avant impôt, pour l'année prenant fin le 31 décembre 1995? Était-ce.....

01 Moins de 10 000 $ 1
02 entre 10 000 $ et 14 999 $ 2
03 entre 15 000 $ et 19 999 $ 3
04 entre 20 000 $ et 29 999 $ 4
05 30 000 $ ou plus 5
06 NSP/NRP 9

58: SEX

MESSAGE: NE PAS LIRE

GENRE

01 Homme 1
02 Femme 2

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

59: THNK

MESSAGE: Fin de l'entrevue

Merci de votre collaboration et de votre temps!

01	Complété	1

60: INT

MESSAGE: FIN DE L'ENTREVUE : $T $D $H

INSCRIRE CODE DE FIN D'ENTREVUE

			Élimination => 1 (NOT THNK)
01	Entrevue complétée	CO	=> END
02	Entreprise	BU	=> END
03	Numéro hors service	NF	=> END
04	Entrevue incomplète-->rappeler	IC	=> CB
05	Pas de réponse/Occupé/Répondant admissible absent-> rappeler	NA	=> CB
06	Pris rendez-vous	AP	=> CB
07	Refus	RF	=> END
08	Difficulté du répondant à s'exprimer/Difficulté à entendre	LN	=> END
09	Inadmissible/Rejeté à la sélection	IN	=> END
10	Non disponible pendant la durée de l'enquête	UN	=> END
11	Appelé DIX fois sans succès	RE	=> END
12	Décédé/TROP MALADE POUR PARTICIPER	DE	=> END
13	Faire rappeler un intervieweur anglophone.	FR	=> CB
14	Refus de compléter	IR	=> END
15	No knowledge of program/say's they don't know or don't remember it	NK	=> END
16	Duplicate number	DU	=> END
17	Subsitution not offered	SO	=> CB

61: CB

MESSAGE: It is now $h Il est maintenant $H

INSCRIRE LA DATE ET L'HEURE OU IL FAUT RAPPELER

62: DUM_1

=> END si 0==0

63: DUM_2

64: DUM_3

65: DUM_4

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

66: DUM_5

67: DUM_6

68: F6
Zones d'annotation pour intervieweurs

@f6
Nom du répondant : <conta >
Numéro de téléphone : <tele >

@not1
@not2
@not3
@not4
@not5
@not6
@not7
@not8
@not9
@not10

69: NOT1

70: NOT2

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

71: NOT3

72: NOT4

73: NOT5

74: NOT6

75: NOT7

76: NOT8

77: NOT9

78: NOT10

@F7
NOM DU RÉPONDANT @CONTA
ADRESSE: @STREE
@CITY
@PROV
@POST
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: @TELE

TITRE DU PROJECT: @PROJ
NUMÉRO DU PROJECT: @CODE
GENRE DE PROGRAMME: @PROG
(Nouveaux Horizons: partenaires des aînes - 1, Nouveaux Horizons-2, Programmes d'autonomie des aînes-3, Alliances-4, Autre-5)
DATE DE DÉBUT: @START
DATE DE LA FIN: @LAST
RESPONSABLE: @SPON
CHEF DE L'ORG.: @HEAD
HASARD: @RAND

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

79: **F7**
=> +1 si 0==0

80: **CONTA**
Nom du contact

81: **STREE**
RUE

82: **CITY**
VILLE

83: **PROV**
PROVINCE

01	TERRE-NEUVE	NF
02	NOUVELLE-ÉCOSSE	NS
03	NOUVEAU-BRUNSWICK	NB
04	ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	PE
05	QUÉBEC	PQ
06	ONTARIO	ON
07	MANITOBA	MB
08	SASKATCHEWAN	SK
09	ALBERTA	AB
10	C-B	BC
11	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NW
12	YUKON	YK

84: **POST**
CODE POSTAL

85: **TELE**
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

86: PROJ
Titre du projet

87: CODE
Numéro du projet

88: PROG
Genre de programme

01	Nouveaux Horizons : partenaires des aînés	1
02	Nouveaux Horizons	2
03	PAA	3
04	Alliances	4
05	Autre	5

89: START
Année du début du projet

90: LAST
Année de la fin du projet

91: SPON
Nom du responsable du projet

92: HEAD Chef du projet

93: RAND
Tiré au hasard ou non

01	Hasard	1
02	Non-hasard	2

94: F10
Choisir parmi les thèmes suivants :

01	Client	1	=> F10_1
02	Confidentialité	2	=> F10_2
03	Où avez-vous obtenu mon nom	3	=> F10_3
04	Sujet de l'étude	4	=> F10_4
05	Suggérer la raison des renseignements personnels pour l'enquête	5	=> F10_5
06	A qui s'adresser pour de plus amples renseignements	6	=> F10_6
07	Comment se renseigner en vertu de la Loi sur l'accès à l'information	7	=> F10_7
08	Qu'est-ce que la Division du vieillissement et des aînés	8	=> F10_8
09	Revenir à l'entrevue	9	=> F10_9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

95: F10_1

Cette étude est effectuée par Ekos pour le compte du ministère fédéral de la Santé.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

96: F10_2

Tous les renseignements que vous fournirez seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. L'information recueillie servira à des fins de recherche seulement. Le rapport qui suivra ne donnera que des totaux et aucune observation ne sera attribuée à un individu. Si vous souhaitez discuter de ce sondage, vous pouvez vous adresser à mon superviseur ou appeler à frais virés la coordonnatrice de l'enquête chez Ekos, Janice Remai, au (613) 235-7215.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

97: F10_3

Nous avons obtenu votre nom du directeur du programme/projet sélectionné au hasard pour cette étude, et nous nous sommes servi de l'information pour vous contacter. L'information a été divulguée à des fins de recherche seulement.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

98: F10_4

La présente étude fait partie d'une recherche effectuée par Santé Canada. Nous interviewons environ 500 aînés qui ont pris part à des projets subventionnés par la Division du vieillissement et des aînés, dans le cadre de Nouveaux Horizons : partenaires des aînés, Nouveaux Horizons, Alliances pour l'autonomie et le Programme pour l'autonomie des aînés. Les résultats de l'étude vont permettre au ministère d'évaluer l'efficacité des programmes gouvernementaux destinés aux aînes et d'améliorer ces programmes à l'avenir

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

99: F10_5

Dans le cadre de cette étude, certaines questions sont de nature personnelle. Elles visent à mieux faire comprendre comment le vieillissement affecte les Canadiens dans chaque aspect de leur vie. L'information est protégée en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels; le rapport qui en découlera ne donnera que des totaux et aucune observation ne sera attribuée à un individu.

01 OK, retour au menu d'aide ..... 1 => F10

100: F10_6

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez téléphoner à frais virés à la directrice de l'étude chez Ekos, Janice Remai, au (613) 235-7225. Pour plus de renseignements sur le programme du gouvernement fédéral à l'intention des aînés, adressez-vous à la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, au (613) 952-7606. Pour de plus amples renseignements au sujet de notre étude, vous pouvez communiquer avec Linda Ladouceur à 613-957-3897 à frais virés.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

101: F10_7

Les renseignements que vous nous fournirez seront versés dans le fichier de renseignements personnels no HC-002-085-9619; pour obtenir de l'information au sujet de notre étude, vous pouvez vous adresser à Santé Canada, en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels ou de la Loi sur l'accès à l'information, en précisant les renseignements que vous souhaitez obtenir et le numéro du fichier de renseignements personnels où ils ont été versés. Vous trouvez la marche à suivre dans la publication inititulée "Info Source"

01 OK, REVENIR AU MENU D'AIDE ..... 1 => F10

102: F10_8

La Division du vieillissement et des aînés offre du financement pour les programmes et la recherche sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés. Jusqu'en 1995, il existait trois programmes de financement : Nouveaux Horizons, Alliances pour l'autonomie et le Programme d'autonomie des aînés. Ces programmes ont été réunis en 1995 sous l'égide de Nouveaux Horizons : partenaires des aînés. La Division a pour objectif d'améliorer la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés au Canada.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

103: F10_9

ENFONCER «ENTER» POUR POURSUIVRE L'ENTREVUE

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

Enquête auprès des clients du public en général

Bonjour. Je m'appelle ___ et je travaille pour les Associés de recherche Ekos. Santé Canada nous a demandé d'évaluer les programmes du ministère concernant les aînés et le vieillissement. Notre étude a pour but de recueillir des points de vue sur les divers programmes du gouvernement destinés à venir en aide aux aînés et sur les priorités que le gouvernement fédéral devrait se fixer à l'avenir. Nous interviewons des personnes qui se sont adressées au ministère au cours des deux dernières années pour obtenir des renseignements, des conseils ou un renvoi . Vous êtes tout à fait libre de collaborer à ce sondage, et votre refus d'y participer n'affectera pas du tout les services que vous recevez déjà ou recevrez plus tard du gouvernement. Toute l'information que vous nous fournirez sera protégée en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels, et vous pourrez demander à voir le rapport, en vertu de la Loi sur l'accès à l'information. L'entrevue dure à peu près 20 minutes. Vous pouvez aussi refuser de répondre à une question si elle vous met mal à l'aise. Ce moment-ci vous convient-il?

@INVit (1=oui, 2=non)

1: INVIT

Introduction.

01	Oui	1	
02	Non	2	=> INT

2: INTR3

=> +2 si LIST=#2

D'abord, j'aurais besoin d'une confirmation. D'après nos dossiers vous avez, au cours des deux dernières années, communiqué avec la Division du vieillissement et des aînés, la Direction des aînés de Santé Canada ou le Conseil consultatif national sur le troisième âge pour obtenir des renseignements, des conseils ou le renvoi à un autre organisme. Cette communication a pu se faire par téléphone, télécopieur, courrier électronique ou par écrit. Est-ce exact?

01	Oui	1
02	Non	2

3: PROME

En êtes-vous sûr? Par exemple, vous avez peut-être écrit pour demander une publication sur des questions de santé pour les aînés, téléphoné pour demander à être dirigé vers un autre ministère ou organisation, ou la Division du vieillissement et des aînés peut avoir transmis pour vous votre demande au ministère compétent.

01	Oui, j'ai fait une demande	1	
02	Non	2	=> INT

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

4: INTR4

=> +2 si LIST=#1

J'aurais d'abord besoin d'une confirmation. D'après nos dossiers, votre nom figure sur la liste d'envoi de diverses publications provenant de la Division du vieillissement et des aînés, de la Direction des aînés de Santé Canada ou du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Est-ce exact?

01	Oui	1	=> +2
02	Non	2	

5: PROMM

En êtes-vous sûr? Parmi les publications que vous auriez pu recevoir, il y Info échange pour les aîné(e)s, des rapports de recherche ou des documents du CCNTA (p. ex., des déclarations de principe, Écrits en gérontologie, les documents de la Collection forum, des fiches d'information).

01	Oui, mon nom était sur la liste d'envoi	1	
02	Non	2	=> INT

6: SENIO

En premier lieu, pour faciliter l'entrevue, quelle est votre année de naissance?

01	NSP/NRP	99

7: CALC

=> * si 96-SENIO

Calculer l'âge du répondant

8: AWAR

Comment avez-vous entendu parler pour la première fois des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés?

01	Bouche à oreille (famille, amis)	01
02	Professionnels des services sociaux ou de santé (p. ex., infirmière, travailleur social)	02
03	Association ou organisation d'aînés	03
04	Publication	04
05	Dépliant ou brochure	05
06	Kiosque de Santé Canada	06
07	Présentation lors d'une conférence	07
08	Publicité - radio, journal, télévision	08
09	Autre	09
10	NSP/NRP	99

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

9: SERV

Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez eu recours à un programme de Santé Canada sur le vieillissement ou les aînés?

01	INFORMATION sur d'autres programmes du gouvernement relatifs aux aînés (p. ex., pensions, services de santé)	01
02	INFORMATION sur une question précise (p. ex., ostéoporose, aide à la mobilité)	02
03	INFORMATION sur comment demander/recevoir une subvention en vertu d'un programme particulier	03
04	RECHERCHE, publications sur des questions relatives aux aînés	04
05	RENVOI à un autre service ou programme gouvernemental	05
06	CONSEIL SPÉCIALISÉ sur une question précise	06
07	RENVOI par une autre organisation	07
08	Pour demander appui ou partenariat touchant un projet	08
09	Autre	09
10	NSP/NRP	99

10: TOPIC

MESSAGE: CHOISIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES

A quel sujet vouliez-vous obtenir de l'information, un conseil ou un renvoi?

01	Assurance-maladie	01
02	Foyers/institutions de soins infirmiers	02
03	Assurance des médicaments d'ordonnance	03
04	Accessoires fonctionnels	04
05	Services sociaux (pour aînés, particuliers ou groupes)	05
06	Aide domestique (p. ex., entretien extérieur ou travaux ménagers)	06
07	Questions financières (pension, sécurité de la vieillesse)	07
08	Logement	08
09	Mobilité, accessibilité	09
10	Sûreté ou sécurité personnelles	10
11	Emploi (p. ex., retraite obligatoire, travailleurs âgés)	11
12	Autre	12
13	NSP/NRP	99

11: ORG

Avez-vous contacté Santé Canada pour vous-même ou au nom d'une organisation ou de quelqu'un d'autre?

01	Pour moi-même	1	=> +3
02	Au nom d'une organisation	2	=> +3
03	Au nom de quelqu'un d'autre	3	
04	NSP/NRP	9	=> +3

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

12: BEHAL

=> +2 si NOT(ORG=#3)

En faveur de qui avez-vous eu recours aux programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés?

01	Membre de la famille	1
02	Ami	2
03	Voisin	3
04	Conjoint	4
05	Autre	5
06	NSP/NRP	9

13: CARE

Êtes-vous le principal responsable de cette personne?

01	Oui	1
02	Non	2
03	NSP/NRP	9

14: RCON

Quel a été le résultat de votre démarche auprès de Santé Canada?

01	Été dirigé vers une autre organisation	01
02	Reçu information/publication par la poste	02
03	Reçu information au téléphone	03
04	Autre (préciser)	04
05	NSP/NRP	99

15: RESUL

Avez-vous obtenu ce que vous espériez par votre recours aux programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés?

01	Oui	1
02	Non	2
03	NSP/NRP	9

16: SATIS

Comment classeriez-vous l'information et les services que vous avez obtenus dans le cadre des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés? A l'égard de chaque aspect ci-dessous, dites si vous avez été satisfait, ni satisfait ni insatisfait, insatisfait.

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

17: PROMP

Rotation => EXTRA

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4) OR LIST=#2

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....
La PROMPTITUDE avec laquelle vous avez reçu l'information/le matériel demandés

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

18: UNDER

=> +1 si LIST=#2

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....
LA COMPRÉHENSION DE VOTRE DEMANDE/PROBLÈME

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

19: SOUR

=> +1 si NOT(RCON=#1) OR LIST=#2

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....
L'APTITUDE À VOUS DIRIGER VERS LA SOURCE COMPÉTENTE....

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

20: DELIV

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4) OR LIST=#2

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....
L'APTITUDE À DONNER SUITE À VOTRE DEMANDE

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

21: RELE

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4)

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....

La PERTINENCE de l'information, de la publication ou du conseil que vous avez REÇU

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

22: CLAR

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4)

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....

La CLARTÉ de l'information, de la publication ou du conseil que vous avez reçu

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

23: USE

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4)

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....

L'UTILITÉ de l'information, de la publication ou du conseil que vous avez reçu

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

24: EXTRA

=> +1 si NOT(RCON=#2-#4)

MESSAGE: Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne....

L'OBLIGEANCE DU PERSONNEL À VOTRE ÉGARD

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

25: OVERL

A l'aide de la même échelle, dans quelle mesure avez-vous été satisfait, DANS L'ENSEMBLE, de l'information et des services que vous avez obtenus dans le cadre des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés?

01	Satisfait	1
02	Ni satisfait ni insatisfait	2
03	Insatisfait	3
04	NSP/NRP	9

26: REAS

=> +1 si OVERL=#2

Pourquoi surtout avez-vous été satisfait/insatisfait?

01	Réponse	01
02	NSP/NRP	99

27: ALTEN

Pensez-vous que vous auriez pu recevoir le même genre d'information ou de conseil de la part d'un autre groupe ou organisme?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +3
03	NSP/NRP	9	=> +3

28: CURR

Avez-vous déjà reçu de l'information ou des conseils de la part d'un groupe ou organisme semblable?

01	Oui	1
02	Non	2
03	NSP/NRP	9

29: BETTR

Pensez-vous que vous auriez pu obtenir de meilleurs services ailleurs?

01	Oui	1
02	Non	2
03	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

30: IMPA2

=> +2 si CALC>64

MESSAGE: CHOISIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES

Quelle a été la PORTÉE de l'information, du conseil ou du renvoi que vous avez obtenu dans le cadre des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés? Avez-vous....

Rotation => 12

01	Transmis à des collègues ou à d'autres institutions l'information ou la documentation reçue	01
02	Établi d'autres contacts ou réseaux dans votre domaine	02
03	Intégré l'information ou la documentation reçue dans vos propres travaux	03
04	Donné suite au renvoi obtenu	04
05	Présenté une demande de financement	05
06	Approfondi vos connaissances dans un domaine précis	06
07	Changé votre manière de rendre un service ou d' exécuter un programme	07
08	Créé un partenariat en bonne et due forme ou des rapports avec une autre organisation	08
09	Amélioré votre perception des aînés et du vieillissement au Canada	09
10	Résolu une difficulté ou un problème	10
11	Classé une publication dans votre centre de recherche ou bibliothèque	11
12	Rien de ce qui précède	12
13	NSP/NRP	99

31: IMPA3

Y a-t-il eu d'autres SUITES à l'information, au conseil ou au renvoi que vous avez obtenu dans le cadre des programmes de Santé Canada sur le vieillissement et les aînés?

01	Réponse	01
02	Aucune autre suite	98
03	NSP/NRP	99

32: HEATH

=> ISSUC si CALC<65

Est-ce que l'information, le conseil ou le renvoi vous a aidé d'une façon ou d'une autre à maintenir ou à améliorer votre santé, votre bien-être ou votre autonomie?

01	Oui	1	
02	Non	2	=> +2
03	NSP/NRP	9	=> +2

33: TYPE

De quelle façon?

01	Réponse	01
02	NSP/NRP	99

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

34: ISSUC

MESSAGE: NUMÉROTER CHAQUE RÉPONSE 1,2

Quels sont les deux problèmes actuels qui menacent le plus la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiens âgés de nos jours? Commencez par celui que vous jugez le plus important.

01	Réponse	01
02	NSP/NRP	99

35: RESP

En ce qui concerne les aînés et le vieillissement en général, qui devrait, à votre avis, avoir la responsabilité PRINCIPALE. Est- ce...

01	Le gouvernement	1
02	Les organismes bénévoles ou sans but lucratif	2
03	Les individus en général	3
04	Les aînés	4
05	Autre	5
06	NSP/NRP	9

36: LEVEL

=> +1 si NOT(RESP=#1)

Quel niveau de gouvernement devrait avoir la responsabilité principale en ce qui concerne les aînés et le vieillissement?

01	Fédéral	1
02	Provincial	2
03	Local/municipal	3
04	NSP/NRP	9

37: INVOL

En général, en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse à l'avenir pour TOUS les Canadiens âgés. Serait-ce....

01	Augmenter le niveau de son soutien	1
02	Maintenir son niveau de soutien actuel	2
03	Réduire le niveau de son soutien	3
04	Supprimer tout soutien	4
05	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

38: INVO2

En général, en ce qui concerne les aînés et le vieillissement, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse à l'avenir pour les Canadiens âgés à FAIBLE REVENU. Serait-ce....

01 Augmenter le niveau de son soutien 1
02 Maintenir son niveau de soutien actuel 2
03 Réduire le niveau de son soutien 3
04 Supprimer tout soutien 4
05 NSP/NRP 9

39: LOWIN

Certains prétendent que ceux qui peuvent payer doivent le faire et que seules les personnes âgées à faible revenu doivent obtenir des services financés par le gouvernement. Etes-vous d'accord, en désaccord ou ni d'accord ni en désaccord avec cet énoncé?

01 D'accord 1
02 Ni d'accord ni en désaccord 2
03 En désaccord 3
04 NSP/NRP 9

40: PRIOR

Le gouvernement aura divers défis à relever à mesure que vieillit la population canadienne. A l'égard de chaque domaine suivant, dites-moi si vous pensez que le gouvernement devrait, pour tous les Canadiens âgés, augmenter son soutien, le maintenir à son niveau actuel ou le réduire.

41: PENS

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....la sécurité du revenu comme les pensions et les crédits d'impôts NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

42: PBLH

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des soins de santé de base NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

43: EBENE

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des services de santé élargis, comme les médicaments d'ordonnance NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

44: INTER

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'assurance des services de santé reçus à l'extérieur du Canada NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

45: AFFOR

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le logement spécialisé (p. ex., résidence pour personnes âgées offrant des soins sur place, logement adapté aux besoins des aînés, etc.) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

46: ACCES

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le transport accessible NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

47: HOME

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...les soins à domicile ou les services de soutien domestique (comme pour l'entretien ménager, l'aide pour le bain, la préparation des repas, les soins infirmiers, etc.) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01	Augmenter de beaucoup son soutien	1
02	Augmenter un peu son soutien	2
03	Maintenir son soutien à son niveau actuel	3
04	Réduire un peu son soutien	4
05	Réduire de beaucoup son soutien	5
06	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

48: RESPT

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les services de soutien aux personnes qui prennent soin d'un parent ou d'un ami âgé NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

49: PALL

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...les soins spécialisés pour malades en phase terminale NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

50: PWELL

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les programmes et renseignements destinés aux personnes âgées, touchant des questions comme l'exercice, l'alimentation, la prévention des accidents, la consommation de médicaments, etc. NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

51: COMMC

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....les organisations pour aînés NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

52: KNOW

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

...l'information offerte aux aînés au sujet de leur santé, leur bien-être et leur autonomie

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

53: INFO

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'amélioration de l'image des aînés et du vieillissement dans le public NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

54: LEAD

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....l'orientation et la coordination des autres organismes qui s'occupent des questions des aînés à travers le Canada

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

55: RESE

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le financement de la recherche sur les maladies qui frappent les personnes âgées, comme l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

56: RISK

MESSAGE: ...le gouvernement devrait

....le paiement des aides et appareils médicaux comme les prothèses auditives et les déambulateurs (marchettes) NOTE : SI la personne répond par «augmenter» ou «réduire», lui faire préciser si c'est «de beaucoup» ou «un peu»

01 Augmenter de beaucoup son soutien 1
02 Augmenter un peu son soutien 2
03 Maintenir son soutien à son niveau actuel 3
04 Réduire un peu son soutien 4
05 Réduire de beaucoup son soutien 5
06 NSP/NRP 9

57: NONSE

A votre avis, comment les autres personnes perçoivent-elles, en général, les personnes âgées et le vieillissement au Canada de nos jours? Diriez-vous qu'elles ont généralement....

01 une opinion positive 1
02 une opinion ambivalente 2
03 une opinion négative 3
04 NSP/NRP 9

58: PRE57

Enfin, j'aimerais vous poser quelques questions à des fins statistiques. Je vous rappelle que toutes vos réponses seront protégées et qu'elles ne figureront pas individuellement dans les rapports.

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

59: RETIR

=> Q23A si CALC<65

Êtes-vous actuellement retraité, semi-retraité, personne au foyer, employé ou travailleur autonome? (LES RETRAITÉS DOIVENT AVOIR DÉJÀ FAIT PARTIE DE LA POPULATION ACTIVE, ET LES PERSONNES AU FOYER DOIVENT N'AVOIR JAMAIS TRAVAILLÉ À L'EXTÉRIEUR)

01	Retraité	1
02	Personne au foyer	2
03	Employé à l'extérieur du foyer	3
04	Travailleur autonome	4
05	Autre (préciser)	5
06	Semi-retraité	9

60: I2

=> +1 si NOT(RETIR=#3-#4)

MESSAGE: RETENIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES - NE PAS LIRE LES CATÉGORIES

Travaillez-vous à plein temps or à temps partiel?

01	A plein temps	1
02	A temps partiel	2
03	NSP/NRP	3

61: VOL

Faites-vous du bénévolat pour des groupes ou des organisations? SI C'EST OUI, demander si c'est «beaucoup» ou «un peu»

01	Oui, beaucoup	1
02	Oui, un peu	2
03	Non	3
04	NSP/NRP	9

62: VOLLF

Consacrez-vous du temps à aider votre famille, des amis ou des voisins? SI C'EST OUI, demander si c'est «beaucoup» ou «un peu»

01	Oui, beaucoup	1
02	Oui, un peu	2
03	Non	3
04	NSP/NRP	9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

63: **Q59**

Quel est votre état civil actuel?

01 Marié/conjoint de fait 1
02 Veuf/veuve 2
03 Célibataire (n'ayant jamais été marié) 3
04 Séparé ou divorcé 4
05 NSP/NRP 9

64: **HEALT**

En général, à comparer avec des personnes de votre âge, décririez- vous votre état de santé et de bien-être comme très bon, moyen ou mauvais?

01 Très bon 1
02 Moyen 2
03 Mauvais 3
04 NSP/NRP 9

65: **DIS**

MESSAGE: LIRE LES CATÉGORIES

Avez-vous une maladie chronique, une blessure ou un handicap qui vous empêche d'être autonome du point de vue physique?

01 Oui 1
02 Non ..... 2 => +2
03 NSP/NRP 9

66: **SPECI**

MESSAGE: LIRE LES CATÉGORIES

Dans quelle mesure diriez-vous que votre autonomie physique est limitée par une maladie, une blessure ou un handicap? Diriez-vous que c'est...

01 Beaucoup 1
02 Assez 2
03 Un peu 3
04 NSP/NRP 9

67: **IMPRO**

Avez-vous fait quelque chose pour améliorer votre santé au cours des 12 derniers mois?

01 Oui 1
02 Non ..... 2 => +3
03 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

68: SINGL

Quel changement le plus important avez-vous effectué au cours des 12 derniers mois pour améliorer votre santé?

01	Augmenté mon activité physique	01
02	Perdu du poids	02
03	Modifié mes habitudes alimentaires	03
04	Géré ma tension artérielle	04
05	Changé mon environnement physique	05
06	Acquis un accessoire fonctionnel ou un support médical	06
07	Reçu de meilleurs soins	07
08	Changé de médicaments	08
09	Autre (préciser)	09
10	NSP/NRP	99

69: HELP

MESSAGE: LIRE LES CATÉGORIES, RETENIR TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES

Parmi les facteurs suivants, y en a-t-il qui vous ont aidé à effectuer ce changement?

APPROFONDIR : Y a-t-il d'autres facteurs qui vous ont aidé à effectuer ce changement?

01	Soutien de la famille ou des amis	01
02	Meilleure connaissance des risques pour la santé	02
03	Modification des lois ou des politiques	03
04	Changement de situation personnelle	04
05	Conseil d'un professionnel de la santé	05
06	Rien de ce qui précède	09
07	Autre	07
08	NSP/NRP	99

70: EDUC

Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint?

01	Pas fréquenté l'école	01
02	École primaire	02
03	Quelques années d'école secondaire	03
04	Diplôme d'études secondaires	04
05	Quelques années de cégep/collège communautaire	05
06	Diplôme d'études collégiales	06
07	Quelques années d'université	07
08	Diplôme universitaire de 1er cycle (p. ex., B.A., B. Sc.)	08
09	Diplôme d'études supérieures (p. ex., M.A., M.Sc., Ph.D.)	09
10	Autre (préciser)	10
11	NSP/NRP	99

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

71: WHERE

MESSAGE: SUGGÉRER LES CATÉGORIES

Quel est votre genre d'habitation?

01	Maison privée	01	
02	Maison de retraite	02	=> SIZE
03	Centre d'accueil	03	=> SIZE
04	Autre (préciser)	04	=> SIZE
05	NSP/NRP	99	=> SIZE

72: NUMB

Combien de personnes, y compris vous-même, habitent chez vous?

01	NSP/NRP	99

73: SIZE

Combien y a-t-il d'habitants environ dans votre localité?

01	Moins de 10 000	1
02	entre 10 000 et 99 999	2
03	entre 100 000 et 1 million	3
04	1 million et plus	4
05	NSP/NRP	9

74: CULT

Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu dans votre enfance et que vous comprenez encore?

01	Anglais	01
02	Français	02
03	Autre	03

Laquelle des trois phrases suivantes décrit le mieux votre situation financière actuelle?

Je peux satisfaire mes besoins et il me reste assez d'argent pour dépenser à ma guise.

J'ai assez d'argent pour satisfaire mes besoins mais il ne m'en reste pas beaucoup pour du superflu.

J'ai à peine assez d'argent pour mes besoins et il ne me reste rien pour du superflu.

@meet

1 - Besoins satisfaits et surplus d'argent
2 - Assez pour les besoins mais en reste peu
3 - A peine assez pour les besoins
9 - NSP/NRP

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

75: MEET

01 Assez pour le superflu 1
02 Pas beaucoup pour le superflu 2
03 A peine assez pour les besoins 3
04 NSP/NRP 9

76: HOU

MESSAGE: LAISSER AUX RÉPONDANTS LE CHOIX DE NE PAS RÉPONDRE S'ILS SONT MAL À L'AISE

Quel était environ le revenu annuel global de votre ménage, avant impôt, pour l'année prenant fin le 31 décembre 1995? Était-ce.....

01 Moins de 10 000 $ 1
02 entre 10 000 $ et 14 999 $ 2
03 entre 15 000 $ et 19 999 $ 3
04 entre 20 000 $ et 29 999 $ 4
05 30 000 $ ou plus 5
06 NSP/NRP 9

77: Q23A

=> SEX si ORG=#1,#3

Votre organisation s'occupe-t-elle principalement des questions relatives aux aînés?

01 Oui 1
02 Non 2
03 NSP/NRP 9

78: Q23B

De quel genre d'organisation s'agit-il?

01 Intervenant de première ligne - soins de santé 1
02 Intervenant de première ligne - autre que soins de santé 2
03 Institut de recherche, université 3
04 Gouvernement 4
05 Organisation communautaire pour les aînés 5
06 Autre (préciser) 6
07 NSP/NRP 9

79: Q23

Quelle est la taille de votre organisation?

01 Moins de 10 personnes 1
02 entre 10 et 99 personnes 2
03 100 personnes et plus 3
04 NSP/NRP 9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

80: POS

Quel poste occupez-vous dans l'organisation?

01	Responsable, directeur	01
02	Membre du conseil d'administration	02
03	Bénévole	03
04	Employé/membre de l'organisation	04
05	Infirmier/infirmière, travailleur social	05
06	Autre (préciser)	06
07	NSP/NRP	99

81: Q24

MESSAGE: INSCRIRE LE NOMBRE, puis le code des MOIS ou des ANNÉES.

Depuis combien de temps environ faites-vous partie de cette organisation?

01	Mois	U1
02	Années	U2
03	NSP/NRP	99

82: SEX

MESSAGE: NE PAS LIRE

GENRE

01	Homme	1
02	Femme	2

83: THNK

MESSAGE: Fin de l'entrevue

Merci de votre collaboration et de votre temps!

01	Complété	1

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

84: INT

MESSAGE: FIN DE L'ENTREVUE : $T $D $H

INSCRIRE CODE DE FIN D'ENTREVUE

		Élimination => 1 (NOT THNK)	
01	Entrevue complétée	CO	=> END
02	Entreprise	BU	=> END
03	Numéro hors service	NF	=> END
04	Entrevue incomplète-->rappeler	IC	=> CB
05	Pas de réponse/Occupé/Répondant admissible absent-> rappeler	NA	=> CB
06	Pris rendez-vous	AP	=> CB
07	Refus	RF	=> END
08	Difficulté du répondant à s'exprimer/Difficulté à entendre	LN	=> END
09	Inadmissible/Rejeté à la sélection	IN	=> END
10	Non disponible pendant la durée de l'enquête	UN	=> END
11	Appelé DIX fois sans succès	RE	=> END
12	Décédé/TROP MALADE POUR PARTICIPER	DE	=> END
13	Faire rappeler un intervieweur anglophone.	FR	=> CB
14	Refus de compléter	IR	=> END

85: CB

MESSAGE: It is now $h Il est maintenant $H

INSCRIRE LA DATE ET L'HEURE OU IL FAUT RAPPELER

86: DUM_1

=> END si 0==0

87: DUM_2

88: DUM_3

89: DUM_4

90: DUM_5

91: DUM_6

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

92: F6
Zones d'annotation pour intervieweurs

@f6
Nom du répondant : <conta >
Numéro de téléphone : <tele >

@not1
@not2
@not3
@not4
@not5
@not6
@not7
@not8
@not9
@not10

93: NOT1

94: NOT2

95: NOT3

96: NOT4

97: NOT5

98: NOT6

99: NOT7

100: NOT8

101: NOT9

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

102: NOT10

@F7
NOM DU RÉPONDANT: @conta
TITRE: @title

ORG.: @organ

ADRESSE: @STREE

@CITY
@PROV
@POST
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: @TELE

NOM DE FICHER: @filen
DATE: @date

SOURCE OF LIST: @list (1 - made an enquiry; 2 - mailing list)

103: F7
=> +1 si 0==0

104: CONTA
Nom du contact

105: TITLE

106: ORGAN

107: STREE
RUE

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

108: CITY
VILLE

109: PROV
PROVINCE

110: POST
CODE POSTAL

111: TELE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

112: FILEN
File number

113: DATE

114: LIST

01	Enquiry	1
02	Mailing list	2

115: MAIL1

116: MAIL2

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

117: F10

Choisir parmi les thèmes suivants :

01	Client	1	=> F10_1
02	Confidentialité	2	=> F10_2
03	Où avez-vous obtenu mon nom	3	=> F10_3
04	Sujet de l'étude	4	=> F10_4
05	Suggérer la raison des renseignements personnels pour l'enquête.	5	=> F10_5
06	A qui s'adresser pour de plus amples renseignements	6	=> F10_6
07	Comment se renseigner en vertu de la Loi sur l'accès à l'information	7	=> F10_7
08	Qu'est-ce que la Division du vieillissement et des aînés	8	=> F10_8
09	Revenir à l'entrevue	9	=> F10_9

118: F10_1

Cette étude est effectuée par Ekos pour le compte du ministère fédéral de la Santé.

01	OK, revenir au menu d'aide	1	=> F10

119: F10_2

Tous les renseignements que vous fournirez seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. L'information recueillie servira à des fins de recherche seulement. Le rapport qui suivra ne donnera que des totaux et aucune observation ne sera attribuée à un individu. Si vous souhaitez discuter de ce sondage, vous pouvez vous adresser à mon superviseur ou appeler à frais virés la coordonnatrice de l'enquête chez Ekos, Janice Remai, au (613) 235-7225

01	OK, revenir au menu d'aide	1	=> F10

120: F10_3

Nous avons obtenu votre nom d'une liste de clients de la Division du vieillissement et des aînés à Santé Canada. Votre nom a été sélectionné au hasard pour cette étude, et nous nous sommes servi de l'information pour vous contacter. L'information a été divulguée à des fins de recherche seulement.

01	OK, revenir au menu d'aide	1	=> F10

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

121: F10_4

La présente étude fait partie d'une recherche effectuée par Santé Canada. Nous interviewons environ 300 personnes qui ont communiqué avec ou reçu des services de la Division du vieillissement et des aînés. Les résultats de l'étude vont permettre au ministère d'évaluer l'efficacité des programmes gouvernementaux destinés aux aînés et d'améliorer ces programmes à l'avenir.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

122: F10_5

MESSAGE: NE PAS DEMANDER

Dans le cadre de cette étude, certaines questions sont de nature personnelle. Elles visent à mieux faire comprendre comment le vieillissement affecte les Canadiens dans chaque aspect de leur vie. L'information est protégée en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels; le rapport qui en découlera ne donnera que des totaux et aucune observation ne sera attribuée à un individu.

01 OK, retour au menu d'aide ..... 1 => F10

123: F10_6

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez téléphoner à frais virés à la directrice de l'étude chez Ekos, Janice Remai, au (613) 235-7225. Pour plus de renseignements sur le programme du gouvernement fédéral à l'intention des aînés, adressez-vous à la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, au (613) 952-7606. Pour de plus amples renseignements au sujet de notre étude, vous pouvez communiquer avec Linda Ladouceur (613) 957-3897 à frais virés.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

124: F10_7

Les renseignements que vous nous fournirez seront versés dans le fichier de renseignements personnels no HC-002-085-9619; pour obtenir de l'information au sujet de notre étude, vous pouvez vous adresser à Santé Canada, en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels ou de la Loi sur l'accès à l'information, en précisant les renseignements que vous souhaitez obtenir et le numéro du fichier de renseignements personnels où ils ont été versés. Vous trouvez la marche à suivre dans la publication inititulée "Info Source"

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

125: F10_8

La Division du vieillissement et des aînés offre du financement pour les programmes et la recherche sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés. Jusqu'en 1995, il existait trois programmes de financement : Nouveaux Horizons, Alliances pour l'autonomie et le Programme d'autonomie des aînés. Ces programmes ont été réunis en 1995 sous l'égide de Nouveaux Horizons : partenaires des aînés. La Division a pour objectif d'améliorer la santé, l'autonomie et le bien-être des aînés au Canada.

01 OK, revenir au menu d'aide ..... 1 => F10

126: F10_9

ENFONCER «ENTER» POUR POURSUIVRE L'ENTREVUE

© Ekos Research Associates Inc./Les associés de recherche Ekos

ANNEXE G
Lettre aux parrains des projets

Les associés de recherche Ekos inc., 1996

Direction de la planification
stratégique et de l'examen
Direction générale des politiques
et de la consultation
Indice de l'adresse 0907D
Pièce 772D, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

(NO. DE TÉLÉPHONE,
incl. code régional,
SOUS "NOTRE RÉFÉRENCE")

le 17 juin 1996
(NOM ET ADRESSE)
Chère Mme.....ou Cher M.....,

SUJET: TITRE DU PROJET:
NUMÉRO DU PROJET:
TYPE DE PROGRAMME:
DURÉE DU PROJET:

Le Groupe de l'évaluation de Santé Canada est à réaliser une étude des différents programmes pour aîné(e)s qui ont été subventionnés par Santé Canada au cours des cinq dernières années, incluant Nouveaux Horizons, le Programme d'autonomie des aîné(e)s, Alliances pour l'autonomie et plus récemment, Nouveaux Horizons: Partenaires des aînés. Une composante de notre étude se penchera sur les effets de ces programmes sur la santé, le bien-être et l'autonomie des aîné(e)s. Nous désirons également nous renseigner sur les besoins des aîné(e)s. Nous nous proposons de recueillir cette information par l'intermédiaire d'un sondage téléphonique. Je vous écris donc aujourd'hui dans le but de solliciter votre aide pour identifier les aîné(e)s (de 65 ans ou plus) de votre projet avec lesquel(le)s nous devrions communiquer. Les aîné(e)s que nous désirons interviewer sont ceux et celles qui:

- ont reçu un service parrainé par votre projet (par ex., ont reçu un repas par l'intermédiaire d'un service de popote roulante, ont participé à une clinique pour les soins des pieds); ou
- ont participé dans une activité parrainée par votre projet (par ex., une chorale, un club social, une classe de conditionnement physique, une formation sur la nutrition ou un autre sujet de la santé qui s'adressait à eux-mêmes).

Pour les besoins de cette étude, cependant, nous ne désirons **pas** interviewer des gens qui ne sont pas des aîné(e)s ou qui, bien qu'étant des aîné(e)s, n'ont pas été des récipiendaires directs des services ou activités de votre projet (par ex., des aîné(e)s qui ont aidé à la conception ou l'implantation de votre projet, ou des aîné(e)s qui ont reçu une formation dans le but de fournir des services à d'autres aîné(e)s). Bref, nous désirons interviewer les aîné(e)s que votre projet visait en bout de ligne.

Le sondage sera mené par le cabinet d'experts-conseils choisi pour cette évaluation, soit les Associés de recherche Ekos d'Ottawa. La participation des aîné(e)s au sondage sera entièrement volontaire et ceci leur sera expliqué par l'expert-conseil qui les appellera. À la même occasion, l'expert-conseil leur expliquera que leurs réponses seront traitées en toute confidentialité; seulement des données globales seront incluses dans le rapport final.

De façon à pouvoir réaliser ce sondage, nous aurions besoin que vous nous fassiez parvenir une liste contenant le nom et le numéro de téléphone (ou l'adresse si le numéro de téléphone n'est pas disponible) de vingt (20) aîné(e)s qui rencontrent la définition fournie ci-dessus. Nous vous demanderions d'utiliser le formulaire ci-joint pour nous fournir cette information. Si votre projet a moins de 20 aîné(e)s qui rencontrent la définition, nous vous prions d'inclure tous ces noms sur le formulaire. Si votre projet a plus de 20 aîné(e)s qui rencontrent la définition, nous vous demanderions de choisir 20 noms au hasard en utilisant la procédure suivante (ceci est très important pour la réussite de l'exercice):

- Étape 1: Indiquez le nombre total d'aîné(e)s qui rencontrent la définition dans l'espace approprié sur le formulaire ci-joint.

- Étape 2: Prenez ce nombre total d'aîné(e)s et divisez le par 20. Le nombre que vous obtiendrez (que nous désignerons comme "n" à l'étape 3 ci-dessous) vous donnera le patron à suivre pour choisir les noms au hasard.

- Étape 3: En commençant au début de votre liste de noms d'aîné(e)s, choisissez chaque "n"^{ième} nom (en utilisant le "n" que vous aurez obtenu à l'étape 2 ci-dessus).

S'il vous est impossible de nous soumettre des noms, nous vous prions d'en indiquer les raisons sur le formulaire ci-joint et de nous le retourner.

Le sondage commencera dans la première semaine de juillet. J'apprécierais donc beaucoup si vous pouviez nous faire parvenir l'information demandée au plus tard le 28 juin 1996. L'adresse de retour apparaît sur le formulaire ci-joint. Cependant, si vous avez accès à un télécopieur, il serait grandement apprécié si vous pouviez utiliser ce moyen de communication car cela permettrait à votre information de nous parvenir encore plus rapidement. Notre numéro de télécopieur est le (613) 952-9660. Ce numéro apparaît également sur le formulaire.

Votre coopération pour cet exercice est extrêmement importante pour le succès de cette étude. Ce n'est qu'en parlant aux aîné(e)s dont la vie a été touchée par les subventions de Santé Canada que nous serons en mesure d'obtenir une meilleure compréhension de la façon dont nos programmes fonctionnent.

Je vous remercie pour votre aide dans cette étude. Si vous désirez de plus amples informations au sujet de ce sondage ou de l'étude d'évaluation comme telle, il ne faut pas hésiter à communiquer avec moi au (613) 957-3897 ou avec Paul Youldon au (613) 957-3894.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Linda C. Ladouceur
Gestionnaire intérimaire de projet
d'évaluation de programmes
Groupe de l'évaluation
Division de la planification
stratégique et de l'évaluation

p.j.

We have established the desired language of correspondence for this letter from information we had on our files. However, if you would prefer to receive this letter in English, please contact Linda Ladouceur at (613) 957-3897 or Paul Youldon at (613) 957-3894.

LISTE DES AÎNÉ(E)S POUR LE SONDAGE TÉLÉPHONIQUE
***** S.V.P. UTILISER CARACTÈRES D'IMPRIMERIE *****

Titre du projet (tel qu'indiqué dans la lettre): _____

Numéro du projet (tel qu'indiqué dans la lettre): _____

Nom et numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce formulaire: _____

S'il vous est impossible de nous faire parvenir une liste de noms, S.V.P. en indiquer les raisons (S.V.P. nous retourner le formulaire même si vous ne pouvez pas fournir de noms.): _____

_____

Nombre total d'aîné(e)s sur la liste dont vous vous servez pour identifier 20 noms: _____

NOM **(de préférence en ordre alphabétique)**	**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** **(incluant le code régional)**	**ADRESSE** **(seulement si le numéro de téléphone n'est pas disponible)**
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

NOM (de préférence en ordre alphabétique)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (incluant le code régional)	ADRESSE (seulement si le numéro de téléphone n'est pas disponible)
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

S.V.P. envoyer la liste complétée par télécopieur à Linda C. Ladouceur en composant le (613) 952-9660 ou poster cette liste à l'adresse suivante:

Mme Linda C. Ladouceur
Gestionnaire intérimaire de projet d'évaluation de programmes
Groupe de l'évaluation
Direction de la planification stratégique et de l'examen
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada
Indice de l'adresse 0907D
Pièce 772D, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

ANNEXE H
Questions de l'enquête
Repenser le gouvernement

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

REPENSER LE GOUVERNEMENT 1996

1. Voici une liste de besoins qui sont peut-être importants pour les aînés du Canada aujourd'hui. D'après vous, de quoi les aînés ont-ils le plus besoin?

   a. sécurité financière
   b. régime public de soins de santé
   c. logements spéciaux
   d. moyens de transport spéciaux
   e. sécurité personnelle
   f. autre (seulement si la personne interrogée mentionne d'autres besoins)

2. Outre les soins de santé de base payés par l'assurance-maladie, et dans le contexte bien précis de la santé, du bien-être et de l'autonomie des aînés du Canada aujourd'hui, à quel élément ci-dessous les gouvernements devraient-ils affecter en priorité leurs ressources de soins de santé?

   a. services de soins ou de soutien à domicile
   b. médicaments de prescription
   c. matériels médicaux et aides médicales
   d. foyers de soins infirmiers
   e. seulement les soins de santé de base
   f. autre (seulement si la personne interrogée mentionne d'autres éléments)

3. De façon générale, en ce qui concerne les questions touchant le vieillissement et les aînés, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse pour les aînés du Canada dans l'avenir?

   a. donner plus de soutien
   b. accorder le même soutien
   c. donner moins de soutien
   d. ne plus donner de soutien

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

ANNEXE I
Résultats de l'enquête
Repenser le gouvernement

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

REPENSER LE GOUVERNEMENT

Trois questions ont été incluses aux fins de la présente évaluation dans la vaste enquête effectuée par les Associés de recherche Ekos en novembre dernier, sous le titre *Repenser le gouvernement*, auprès de 2 962 représentants du grand public (dont 276 aînés).

Résultats de l'enquête

Besoins

Les répondants devaient dire quel était, selon eux, le besoin le plus important à combler pour les aînés canadiens parmi les cinq préoccupations suivantes :

- sécurité financière;
- régime public de soins de santé;
- logements spéciaux;
- moyens de transport spéciaux;
- sécurité personnelle.

Les résultats apparaissent dans la pièce 1. Dans l'ensemble, les répondants ont accordé la première importance au régime public de soins de santé (44 p. 100). Venaient ensuite la sécurité financière (35 p. 100), la sécurité personnelle (12 p. 100), les logements spéciaux (6 p.100) et les moyens de transport spéciaux (1 p. 100).

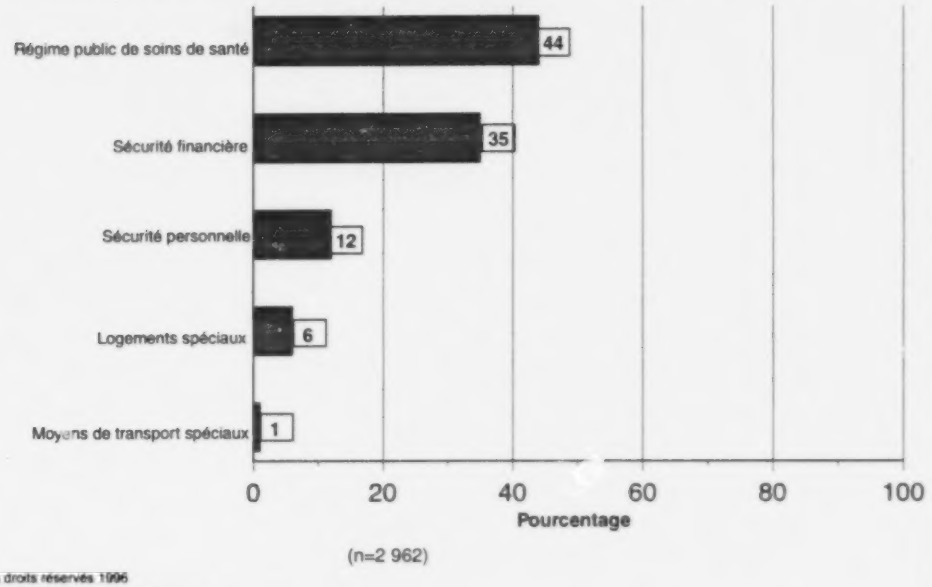
Des différences ont été enregistrées d'un sous-groupe de répondants à un autre relativement à cette variable :

- dans la région atlantique, l'Ontario et la région Manitoba/Saskatchewan, les pourcentages de répondants ayant cité en premier le régime public de soins de santé (48, 51 et 46 p. 100 respectivement) étaient plus élevés qu'au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique (37, 43 et 37 p. 100);

- parmi les répondants ayant cité en premier le régime public de soins de santé, il y avait un plus fort pourcentage d'anglophones que de francophones (47 p. 100 contre 36 p. 100);

PIÈCE 1

« Voici une liste de besoins qui sont peut-être importants pour les aînés du Canada aujourd'hui. D'après vous, de quoi les aînés ont-ils le plus besoin? »



(n=2 962)

Tous droits réservés 1996
Les Associés de recherche Ekos inc.
REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

- parmi ces mêmes répondants, la catégorie des revenus de ménage supérieurs (de plus de 60 000 $) était mieux représentée que les autres catégories (48 p. 100 contre 42, 42 et 43 p. 100), alors que la catégorie des revenus de ménage inférieurs (de moins de 20 000 $) était la mieux représentée chez les répondants ayant choisi les moyens de transport spéciaux (4 p. 100 contre 1, 1 et 0 p. 100).

Il est intéressant de noter l'absence de différences liées à l'âge, au sexe ou à l'éducation.

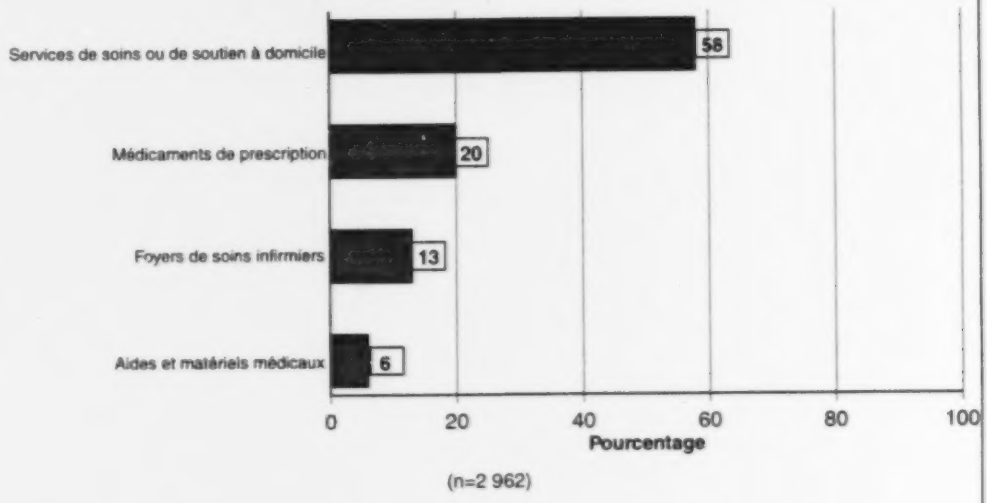
Priorités

Ensuite, les répondants ont été priés de nommer un élément, autre que les soins de santé de base couverts par le régime d'assurance-maladie, auquel, selon eux, les gouvernements devraient affecter en priorité leurs ressources de soins de santé. Ils devaient choisir entre les quatre éléments suivants :

- services de soins ou de soutien à domicile;
- médicaments de prescription;
- matériels médicaux et aides médicales;
- foyers de soins infirmiers.

PIÈCE 2

« Outre les soins de santé de base payés par l'assurance-maladie, et dans le contexte bien précis de la santé, du bien-être et de l'autonomie des aînés du Canada aujourd'hui, à quel élément ci-dessous les gouvernements devraient-ils affecter en priorité leurs ressources de soins de santé? »



(n=2 962)

Tous droits réservés 1996
Les Associés de recherche Ekos inc.
REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

Les résultats apparaissent dans la pièce 2. La première priorité a été donnée aux services de soins ou de soutien à domicile (58 p. 100), suivis des médicaments de prescription (20 p. 100), des foyers de soins infirmiers (13 p. 100) et des aides et matériels médicaux (6 p. 100).

Il y avait peu de différences entre les sous-groupes de répondants :

- les répondants francophones ont été plus nombreux que les répondants anglophones à mentionner les services de soins ou de soutien à domicile (65 p. 100 contre 58 p. 100) et moins nombreux à mentionner les médicaments de prescription (15 p. 100 contre 22 p. 100);

- parmi les répondants ayant cité les services de soins ou de soutien à domicile, les personnes d'âge moyen (30-44 ans et 45-64 ans) étaient mieux représentées que les jeunes (16-29 ans) et les aînés (65 ans et plus) : 63 et 61 p. 100 respectivement, contre 53 et 52 p. 100;

- les médicaments de prescription ont été cités plus souvent par les aînés (65 ans et plus) que par les catégories plus jeunes (29 p. 100 contre 20, 18 et 17 p. 100);

- parmi les répondants ayant choisi les services de soins ou de soutien à domicile, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (63 p. 100 contre 53 p. 100);

- les répondants ayant suivi des études collégiales ou universitaires ont eu plus tendance que les autres à citer ces services comme prioritaires (62 et 62 p. 100 contre 53 p. 100);

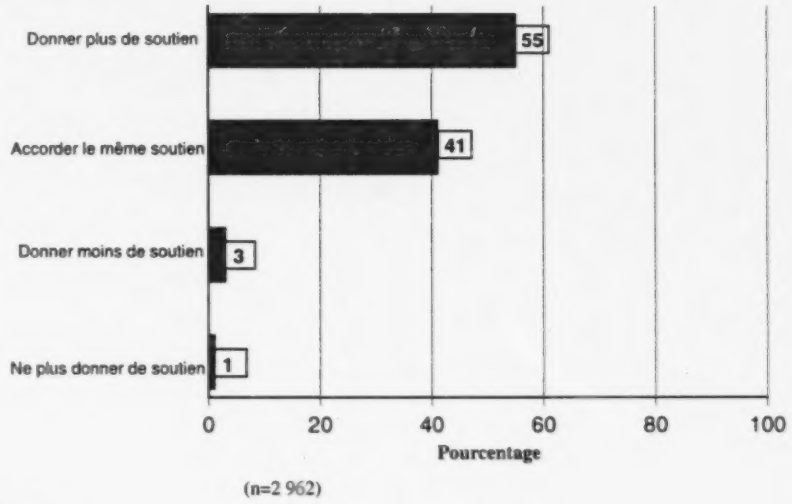
- la catégorie des revenus de ménage supérieurs était plus susceptible que toutes les autres catégories d'opter pour les services de soins ou de soutien à domicile (65 p. 100 contre 54, 56 et 56 p. 100).

Soutien du gouvernement

Enfin, on a demandé aux répondants de dire si le gouvernement fédéral devait, selon eux, augmenter, maintenir, réduire ou éliminer le soutien qu'il apporte dans le domaine du vieillissement et des aînés. Les résultats apparaissent dans la pièce 3.

PIÈCE 3

« De façon générale, en ce qui concerne les questions touchant le vieillissement et les aînés, que voudriez-vous que le gouvernement fédéral fasse pour les aînés du Canada dans l'avenir? »



(n=2 962)

Tous droits réservés 1996
Les Associés de recherche Ekos inc.
REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

De l'avis de la majorité des répondants, le gouvernement fédéral devrait augmenter son soutien (55 p. 100 des répondants) ou le maintenir (41 p. 100). Selon un nombre infime de répondants, le gouvernement fédéral devrait réduire ou éliminer son soutien (3 et 1 p. 100 respectivement).

Plusieurs différences sont apparues entre les sous-groupes de répondants :

- l'augmentation de l'appui gouvernemental a été plus souvent recommandée dans la région atlantique (63 p. 100) que dans les autres régions (46 à 57 p. 100);

- les aînés tendaient plus à réclamer le maintien que l'augmentation (53 p. 100 contre 44 p. 100) et les générations plus jeunes, l'augmentation que le maintien (60 p. 100 contre 35 p. 100 chez les 16 à 19 ans, 56 p. 100 contre 40 p. 100 chez les 30 à 44 ans, et 54 p. 100 contre 41 p. 100 chez les 45 à 64 ans);

- les répondants de la catégorie des revenus de ménage inférieurs étaient les plus susceptibles de citer l'augmentation (62 p. 100) et ceux de la catégorie des revenus de ménage supérieurs, les moins susceptibles (49 p. 100);

- les répondants les mieux éduqués ont été moins nombreux à préconiser l'augmentation (51 p. 100 des répondants de formation universitaire contre 54 p. 100 des répondants ayant une éducation collégiale et 59 p. 100 des répondants ayant une éducation secondaire ou moins);

- parmi les répondants réclamant l'augmentation, les femmes étaient plus représentées que les hommes (61 p. 100 contre 48 p. 100).

Aucune différence n'a été relevée en rapport avec la langue d'usage.

Comparaison des résultats avec ceux des enquêtes auprès des bénéficiaires visés et des clients du grand public

Besoins

La question la plus comparable qui ait été posée aux bénéficiaires visés et aux clients du grand public concernait les principales préoccupations des aînés canadiens sur les plans de la santé, du bien-être et de l'autonomie.

Les bénéficiaires visés ont donné la priorité aux soins de santé et aux maladies chroniques (44 p. 100), suivis des questions financières (26 p. 100). Quant aux clients du grand public, ils ont accordé la première place aux soins de santé ou aux maladies chroniques (57 p. 100 des répondants) et la deuxième à la sécurité du revenu (42 p. 100).

Deux préoccupations ont donc été citées en premier, et dans le même ordre, par les trois groupes de répondants.

Priorités

Si les trois enquêtes ne posaient pas les mêmes questions en ce qui concerne les priorités du gouvernement (*Repenser le gouvernement* visait expressément la santé), il est toutefois possible de procéder à une évaluation relative de l'intérêt porté aux questions de santé mentionnées dans *Repenser le gouvernement*.

Placés devant une longue liste d'options, les bénéficiaires visés ont déclaré que le gouvernement devrait augmenter son aide financière dans les secteurs suivants : la recherche sur les questions de santé touchant les aînés (64 p. 100 des répondants); les services aux aidants informels (56 p. 100); les services de soins ou de soutien à domicile (53 p. 100); les prestations pour aides et matériels médicaux (42 p. 100); l'élargissement de la couverture des médicaments de prescription (40 p. 100).

Pour les clients du grand public, la première priorité était les services aux aidants (77 p. 100 ont précisé que le gouvernement devrait augmenter son soutien). Étaient mentionnés ensuite les soins et le soutien à domicile (73 p. 100) et la recherche sur les questions de santé touchant les aînés (68 p. 100). Les prestations pour aides et matériels médicaux n'ont été citées que par un nombre limité de répondants (43 p. 100). Quant à l'élargissement de la couverture des médicaments de prescription, elle a été placée beaucoup plus bas dans l'échelle des priorités (34 p. 100).

Si les trois groupes de répondants se sont massivement prononcés pour une augmentation du soutien fédéral aux services de soins et de soutien à domicile, ceux de l'enquête *Repenser le gouvernement* ont réagi différemment en ce qui concerne la couverture des médicaments de prescription : tout en plaçant celle-ci au deuxième rang, ils lui ont accordé une importance moindre que les bénéficiaires visés et les clients du grand public.

Soutien du gouvernement

Les trois groupes de répondants ont été priés de dire ce que le gouvernement fédéral devrait faire selon eux dans le domaine du vieillissement et des aînés pour améliorer la situation des aînés canadiens. Pour 33 p. 100 des bénéficiaires visés, 38 p. 100 des clients du grand public et 55 p. 100 des répondants de *Repenser le gouvernement*, le gouvernement devrait augmenter son soutien.

Les raisons de l'écart entre les trois groupes ne sont pas très claires. Peut-être cet écart est-il dû à la différence de contexte : si les deux enquêtes de la SA/DVA portaient explicitement sur le vieillissement et les aînés, *Repenser le gouvernement* visait un large éventail de questions touchant le gouvernement et la gestion des affaires publiques; il se peut que cette différence de contexte ait influencé les répondants. Il y a également une autre

explication possible : les répondants des deux enquêtes de la SA/DVA, ayant déjà participé à un projet gouvernemental ou reçu un service gouvernemental, ont pu répondre en fonction de leur expérience directe d'une ou de plusieurs formules d'appui fédéral, alors que les répondants de *Repenser le gouvernement*, peu susceptibles d'avoir eu une telle expérience, ont peut-être été moins prévenus dans leurs réponses sur le vieillissement et les aînés.

Ces différences entre les enquêtes de la SA/DVA et l'enquête *Repenser le gouvernement*, en ce qui concerne la préférence donnée à l'augmentation du soutien fédéral, sont toutefois compensées par le fait que 63 p. 100 des bénéficiaires visés, 56 p. 100 des clients du grand public et 41 p. 100 des répondants de *Repenser le gouvernement* ont opté pour le maintien du niveau d'appui gouvernemental.

ANNEXE J
Experts consultés

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

EXPERTS CONSULTÉS

A. Experts du Canada

1. Experts subventionnés

- Neena Chappell
  Centre on Aging
  Université de Victoria

- Betty Havens
  Département des sciences de la santé communautaire
  Université du Manitoba

- Blossom Wigdor
  Institute for Human Development Life Course and Aging
  Université de Toronto

2. Experts non subventionnés

- Satya Brink
  Centre canadien de gestion

- Madge McKillop
  Association de gérontologie de Saskatoon

B. Experts de l'étranger

- Rosalie Kane (États-Unis)
  School of Public Health
  University of Minnesota

- Alan Walker (Angleterre)
  Department of Sociological Studies
  University of Sheffield

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

ANNEXE K
Questionnaire à l'intention des experts

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

Questionnaire à l'intention des experts

Les grands objectifs strategiques de la Stratégie à l'égard des aînés appliquée par la Division du vieillissement et des aînés (SA/DVA) sont les suivants : améliorer et préserver la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés du Canada; amener la société à mieux comprendre et à mieux accepter le vieillissement et les aînés; éliminer les obstacles à l'engagement et à la participation des aînés dans la société. L'évaluation de la SA/DVA[1] comprenait : un examen des dossiers et de la documentation; des entrevues auprès de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, de bénéficiaires de financement, et d'intervenants; des enquêtes auprès des bénéficiaires visés et du grand public (clients de la SA/DVA et non-clients). Le projet de rapport final ci-joint donne des détails sur les questions, les méthodes et les conclusions provisoires de l'évaluation.

Le présent questionnaire a pour but de recueillir votre opinion d'expert, *au terme de votre examen des résultats de l'étude*, sur la compétence et les réalisations de la SA/DVA et sur les solutions de rechange envisageables pour les programmes actuels de la SA/DVA. Vos suggestions concernant les futures orientations de la SA/DVA et vos observations critiques sur le projet de rapport final sont également les bienvenues. Veuillez noter qu'il s'agit d'une ébauche, non destinée à la distribution ou à la diffusion. Nous vous prions donc de ne *pas* copier le rapport et de nous le retourner dès que vous aurez répondu au questionnaire. Nous vous enverrons un exemplaire du rapport final lorsqu'il aura été approuvé.

Certaines questions vous sembleront échapper à votre champ de compétence. Votre point de vue sur ces questions nous intéresse, mais nous aimerions savoir avec quelle confiance vous répondez. **Veuillez donc quantifier votre confiance dans votre réponse**, en inscrivant, dans l'espace prévu à cette fin après chaque question, une cote allant de 1 *(pas du tout confiance, tout à fait en dehors de mon champ de compétence)* à 7 *(énormément confiance, tout à fait dans mon champ de compétence)*.

I. Pertinence du programme

1.a. À votre avis, les initiatives visant à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés continuent-elles à répondre à un besoin? Pourquoi? Si oui, dans quels secteurs ou parmi quels groupes d'aînés le besoin se fait-il le plus sentir? (Confiance = ____)

b. Pensez-vous, compte tenu des données recueillies dans le cadre de l'évaluation, que les initiatives visant à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés continuent à répondre à un besoin? Pourquoi? Si oui, dans quels secteurs ou parmi quels groupes

1. Numéro d'enregistrement: HC-002-085-9619.

d'aînés le besoin se fait-il le plus sentir? Sinon, quels objectifs plus pertinents la SA/DVA devrait-elle viser (si un tel programme est encore nécessaire)? (Confiance = ____)

c. À votre avis, les besoins signalés dans le rapport d'évaluation sont-ils bien les besoins les plus pressants des aînés? Pourquoi? (Confiance = ____)

2.a. Selon vous, compte tenu des résultats de l'étude, quel rôle le gouvernement *fédéral* doit-il jouer à l'égard des questions touchant les aînés et le vieillissement? Étant donné le contexte financier actuel, à quelle question le gouvernement *fédéral* doit-il donner la priorité? En d'autres mots, quels aspects de la situation des aînés peuvent être sensiblement améliorés par une intervention du gouvernement fédéral? (Confiance = ____)

b. Ce que font Santé Canada et le gouvernement fédéral pour promouvoir la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés reste-t-il pertinent? Pourquoi? (Confiance = ____)

3. La SA/DVA est-elle indispensable pour ce qui est d'offrir des programmes visant les aînés, notamment les aînés à risque, ou bien existe-t-il d'autres programmes ou initiatives qui répondent à ce besoin? Y a-t-il double emploi? Si oui, où? Quels programmes? (Confiance = ____)

II. Réalisations du programme

4. Étant donné les répercussions et les effets constatés, pensez-vous que la SA/DVA a été bénéfique pour la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés, notamment des aînés confrontés à une situation à risque? Qu'est-ce qui vous incite à penser ainsi? Y aurait-il eu des retombées positives sans la SA/DVA? (Confiance = ____)

5. La SA/DVA a-t-elle atteint ses objectifs à court terme et a-t-elle de bonnes chances d'atteindre ses objectifs à long terme? (Confiance = ____)

6. Compte tenu des résultats de l'étude, jusqu'à quel point, selon vous, la SA/DVA a-t-elle réussi à répondre aux besoins les plus pressants des aînés et de la population vieillissante? (Confiance = ____)

7. La SA/DVA a-t-elle su établir des partenariats de collaboration? Y a-t-il des améliorations à apporter en ce domaine? (Confiance = ____)

8. Jusqu'à quel point le financement des programmes communautaires visant les aînés a-t-il permis : a) de répondre aux besoins les plus pressants des aînés à risque? b) d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? c) d'étendre les possibilités de partenariat? d) d'appuyer l'élaboration de programmes novateurs? (Confiance = ____)

9. Semble-t-il y avoir des lacunes dans les activités de la SA/DVA, ou des questions négligées? Quelles sont les nouvelles questions qui se posent en ce qui concerne la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés du Canada? Ces questions doivent-elles faire l'objet d'une intervention de la SA/DVA? Si oui, comment? Sinon, qui doit intervenir? (Confiance = ____)

III. Solutions de rechange

10.a. Compte tenu des résultats de l'étude, des besoins les plus pressants dans le domaine du vieillissement et des aînés, et de la diminution des ressources fédérales, pensez-vous qu'il existe des approches ou des mécanismes plus rentables pour l'exécution des programmes de la SA/DVA ou l'atteinte des objectifs de la SA/DVA? Lesquels? Pouvez-vous citer d'autres données à l'appui de ces approches ou mécanismes? (Confiance = ____)

b. Quelles structures (visant, par exemple, à coordonner les rôles des différents ordres de gouvernement et des agents d'exécution) appuieraient ces approches ou mécanismes de la manière la plus appropriée et la plus rentable? Sur quoi fondez-vous votre réponse? (Confiance = ____)

IV. Conclusions de l'étude

11. En général, compte tenu des résultats de l'étude, approuvez-vous les conclusions de l'évaluation? Pourquoi? Y a-t-il d'autres conclusions à tirer des données exposées dans le rapport? Quelles recommandations feriez-vous? (Confiance = ____)

12. Avez-vous d'autres observations à formuler?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

ANNEXE L
Résultats de la consultation d'experts

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION D'EXPERTS

1a) À votre avis, les initiatives visant à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés continuent-elles à répondre à un besoin? Pourquoi? Si oui, dans quels secteurs ou parmi quels groupes d'aînés le besoin se fait-il le plus sentir?

Tous les répondants

- Tous les experts croient qu'il y a encore un besoin d'initiatives qui améliorent la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés. Les répondants pensent également que le besoin se fait le plus sentir notamment chez les aînés à faible revenu.

Les experts subventionnés

- De telles initiatives sont nécessaires en raison de l'évolution de la structure par âge, de la structure familiale et de la politique sociale. Comme les aînés sont touchés par ces changements, il faut absolument prendre des mesures pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

- De nombreux secteurs n'ont pas été examinés à fond sous le rapport des systèmes sociaux, de la prévention, de l'évolution des milieux de travail, de la bioéthique, du repérage des aînés « à risque », et des solutions de rechange en matière de logement et de systèmes de santé. Ces besoins varient toutefois d'une région à l'autre. Il faut également faire de la recherche à ces égards.

- Les aînés autochtones, les dispensateurs de soins et les travailleurs âgés de 50 à 65 ans ont aussi grand besoin d'aide.

Les experts non subventionnés

- Il faudrait accorder la priorité aux aînés à risque, quoique tous les aînés soient exposés à certains risques. Un répondant a signalé que c'est surtout les aînés qui ne sont ni en parfaite santé ni assez malades pour être placés en établissement qui devraient être protégés par des politiques.

Les experts internationaux

- Le logement et les services de soins à domicile sont aussi des secteurs de grand besoin. Les aînés des groupes ethniques, les femmes très âgées et les aînés ayant une déficience physique ou intellectuelle ont le plus besoin d'aide, mais là aussi, les besoins varient selon la région et la localité : il y a des écarts importants entre les aînés qui habitent à la campagne et ceux qui habitent à la ville, et entre les aînés dans le Grand Nord et ceux des collectivités du sud. Un expert a mis en doute la pertinence des programmes communautaires et des programmes axés sur l'image des aînés.

- Les cotes de confiance de ces réponses étaient élevées, variant de 6 à 7[1].

1b) Pensez-vous, compte tenu des données recueillies dans le cadre de l'évaluation, que les initiatives visant à améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés continuent à répondre à un besoin? Pourquoi? Si oui, dans quels secteurs ou parmi quels groupes d'aînés le besoin se fait-il le plus sentir? Sinon, quels objectifs plus pertinents la SA/DVA devrait-elle viser (si un tel programme est encore nécessaire)?

Tous les répondants

- D'après tous les répondants sauf deux (dont un qui n'a pas abordé la question), les données recueillies dans le cadre de l'évaluation indiquent qu'il y a encore un besoin d'initiatives qui améliorent la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés.

Les experts subventionnés

- Le rapport indique qu'il existe un besoin, et il manque de preuves du contraire. Un expert était impressionné par l'appui constant des objectifs et des priorités de la part des diverses sources qui ont contribué à l'évaluation, à l'exception des répondants des organismes centraux. Ce même expert a signalé qu'il faudrait élargir le mandat de la SA/DVA pour inclure les personnes qui prennent une retraite prématurée et les travailleurs âgés.

1. .Le questionnaire destiné aux experts renfermait l'observation suivante : « Certaines questions vous sembleront échapper à votre champ de compétence. Votre point de vue sur ces questions nous intéresse, mais nous aimerions savoir avec quelle confiance vous répondez. Veuillez donc quantifier votre confiance dans votre réponse, en inscrivant, dans l'espace prévu à cette fin après chaque question, une cote allant de 1 (pas du tout confiance, tout à fait en dehors de mon champ de compétence) à 7 (énormément confiance, tout à fait dans mon champ de compétence) ».

- Un autre expert subventionné a dit qu'il faudrait appuyer des projets de recherche axés sur la maladie d'Alzheimer, l'ostéoporose, les changements biochimiques, la nutrition et la médication. Il faudrait aussi appuyer un plus grand nombre d'études longitudinales.

Les experts non subventionnés

- De l'avis d'un des experts non subventionnés, les données recueillies dans le cadre de l'évaluation ne devraient pas constituer le seul fondement des décisions concernant les objectifs précis du programme. Il y a toutefois suffisamment de données qui justifient la poursuite d'une initiative fédérale d'amélioration de la santé, du bien-être et de l'autonomie des aînés. Ce sont là des intérêts publics que le gouvernement doit protéger.

Les experts internationaux

- Selon un des experts internationaux, les données confirment la nécessité de poursuivre l'initiative, mais les résultats qualitatifs ne constituent pas toujours de forts éléments de preuve. On ne peut pas savoir, par exemple, si les fonds des projets sont dépensés à bon escient.

- Ce sont les aînés handicapés et ceux à faible revenu qui ont le plus de besoins. Selon l'expert international cité, il y a à cet égard des preuves que les mesures prises depuis une dizaine d'années n'ont pas été bien orientées. Il faudrait se concentrer davantage sur les projets à grande échelle et moins sur les petits. Bien qu'elle admette qu'il y a peut-être des nuances au Canada qui lui échappent, cette personne croit néanmoins que le gouvernement fédéral devrait jouer essentiellement un rôle d'initiateur en lançant des projets novateurs.

- Les cotes de confiance de ces réponses variaient de 5 à 7.

1c) À votre avis, les besoins signalés dans le rapport d'évaluation sont-ils bien les besoins les plus pressants des aînés? Pourquoi?

Tous les répondants

- La plupart des répondants sont d'accord sur les besoins signalés. Ils se reportent surtout aux réponses qu'ils ont données à la question d'introduction.

Les experts subventionnés

- Selon un expert, le rapport ne renferme pas d'argument solide en faveur d'un volet « promotion de la santé ». Un autre expert a dit que le rapport ne parlait pas des travailleurs âgés ni des travailleurs qui prennent une retraite prématurée, un groupe dont il faut s'occuper, d'après le Forum national sur la santé.

Les experts non subventionnés

- Le premier objectif stratégique de la SA/DVA (améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés) se défend, mais les deux autres, moins. Il serait difficile de mieux faire comprendre et accepter les aînés à la société et d'éliminer les obstacles à leur participation de façon équitable. Il serait difficile également de garantir des résultats directs et précis pour ces deux objectifs.

- Les cotes de confiance variaient de 6 à 7.

Les experts internationaux

- Il y a un besoin de programmes de soins de longue durée et de soins personnels flexibles et faciles à obtenir, de programmes résidentiels pratiques et de programmes de soins appropriés, et de logements convenables. L'autre expert a ajouté qu'il fallait réduire au minimum l'exclusion sociale, lutter contre la discrimination fondée sur l'âge et appuyer les dispensateurs de soins.

2a) Selon vous, compte tenu des résultats de l'étude, quel rôle le gouvernement *fédéral* doit-il jouer à l'égard des questions touchant les aînés et le vieillissement? Étant donné le contexte financier actuel, à quelle question le gouvernement *fédéral* doit-il donner la priorité? En d'autres mots, quels aspects de la situation des aînés peuvent être sensiblement améliorés par une intervention du gouvernement fédéral?

- De façon générale, les experts consultés sont d'accord avec les autres répondants de l'étude à propos des rôles que devrait jouer Santé Canada. Voici les rôles suggérés par les experts :

  - élaboration de politiques et de lignes directrices (signalé par des experts subventionnés, des experts non subventionnés et des experts internationaux); les politiques devraient être le plus large possible pour pouvoir être adoptées par d'autres instances publiques, des organismes et le secteur privé — un expert non subventionné a souligné l'importance de politiques horizontales et d'une action

verticale et fait remarquer que le gouvernement fédéral devrait non seulement remplir les obligations qui lui incombent, mais encore veiller à ce que les gens aient accès aux services publics offerts par les autres ordres de gouvernement;

- conception de normes et de définitions nationales pour les programmes (signalé par des experts subventionnés et des experts internationaux), la recherche et la pratique éthique, de mesures, d'éléments d'information et de formation se rapportant aux services (signalé par des experts subventionnés);

- recherche - p. ex., détermination des besoins nouveaux (signalé par des experts subventionnés et des experts internationaux) — y compris la diffusion des résultats;

- coordination et constitution de réseaux (signalé par des experts non subventionnés et des experts internationaux);

- financement (signalé par des experts subventionnés et des experts internationaux); financement de programmes seulement dans des circonstances particulières (p. ex., réponse à des besoins nouveaux) (signalé par un expert subventionné);

- diffusion d'information sur les programmes et projets efficaces dans toutes les régions (signalé par des experts subventionnés et des experts internationaux);

- consultation des bases de données existantes et des spécialistes (signalé par des experts subventionnés).

- Les rôles ci-dessus étaient également, selon les experts, des domaines prioritaires d'action fédérale.

- Quelques commentaires seulement ont été faits à propos des circonstances des aînés que le gouvernement fédéral pourrait améliorer. Les experts subventionnés ont dit que la sécurité économique et la santé étaient les deux principales questions d'intérêt. Un expert subventionné a ajouté le transport, les soins aux aînés, les logements spéciaux et les conditions de travail des travailleurs âgés. Enfin, d'après un expert non subventionné, bien que le rôle soit pertinent, c'est un rôle fédéral qui n'appartient pas exclusivement à Santé Canada; de nombreux facteurs liés à la santé, au bien-être et à l'autonomie ne sont pas directement des questions de santé (le revenu, le transport et le logement, par exemp!

- Le niveau de confiance était assez élevé, variant de 5 à 7 sur une échelle de 7 points.

2b) Ce que font Santé Canada et le gouvernement fédéral pour promouvoir la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés reste-t-il pertinent? Pourquoi?

- Tous les experts s'accordent pour dire que le rôle de Santé Canada et du gouvernement fédéral en matière de promotion du bien-être et de l'autonomie des aînés est encore pertinent.

- Selon un expert subventionné, ce rôle est encore pertinent puisqu'il y a beaucoup à faire pour répondre aux besoins déjà relevés et aux besoins nouveaux. Par ailleurs, un expert international a signalé qu'il faut continuellement coordonner et voir à ce que les pratiques exemplaires communautaires aient un maximum d'impact. Enfin, d'après un expert non subventionné, bien que le rôle soit encore pertinent, c'est un rôle fédéral qui n'appartient pas exclusivement à Santé Canada; de nombreux facteurs liés à la santé, au bien-être et à l'autonomie ne sont pas directement des questions de santé (le revenu, le transport et le logement, par exemple).

- Le niveau de confiance était assez élevé, variant de 5 à 7 sur une échelle de 7 points.

3. La SA/DVA est-elle indispensable pour ce qui est d'offrir des programmes visant les aînés, notamment les aînés à risque, ou bien existe-t-il d'autres programmes ou initiatives qui répondent à ce besoin? Y a-t-il double emploi? Si oui, où? Quels programmes?

Tous les répondants

- Aucun répondant n'a mentionné de double emploi important, s'il en est.

Les experts non subventionnés

- Il faut absolument maintenir le filet de sécurité actuel, surtout l'assurance-maladie, le Régime de pensions du Canada et la Sécurité de la vieillesse. Selon un des experts, la SA/DVA est nécessaire pour examiner les besoins d'un segment de la population - les aînés - et s'assurer que les politiques et les programmes en vigueur ailleurs répondent à ces besoins. La SA/DVA devrait évaluer les besoins, surveiller les résultats et promouvoir des mesures. La SA/DVA s'occupe moins, cependant, de l'élaboration proprement dite de politiques (évaluation des besoins, ciblage, coûts par bénéficiaire) au sein du gouvernement fédéral et des autres pouvoirs publics.

Les experts subventionnés

- D'après un expert subventionné, il faut avoir une SA/DVA pour s'assurer que des activités de recherche et d'élaboration de politiques, et d'autres programmes soient axés sur les aînés. Il devrait y avoir plus de coordination et de collaboration au sein du gouvernement fédéral et dans les différentes administrations et organisations.

- Un autre expert a répondu que s'il y a effectivement double emploi, ce ne serait pas un bon argument pour se débarrasser de programmes parce que les interventions sont minimes en comparaison des besoins.

Les experts internationaux

- Un expert ne se sentait pas apte à répondre et trouvait que les données contenues dans le rapport ne répondaient pas clairement à la question.

- Les cotes de confiance variaient de 2 (experts internationaux) à 7.

II. RÉALISATIONS DU PROGRAMME

4. Étant donné les répercussions et les effets constatés, pensez-vous que la SA/DVA a été bénéfique pour la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés, notamment des aînés confrontés à une situation à risque? Qu'est-ce qui vous incite à penser ainsi? Y aurait-il eu des retombées positives sans la SA/DVA?

- Dans l'ensemble, les experts étaient d'accord pour dire que la SA/DVA a amélioré la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés.
- La plupart, mais pas tous, trouvaient aussi qu'il y avait eu amélioration chez les aînés « à risque », surtout depuis la réorientation des programmes. Or, de l'avis d'un expert international, les données laissaient supposer que la SA/DVA n'avait pas visé les aînés les plus « à risque ».

- Dans des observations qui se rattachent peut-être plus aux conclusions et aux recommandations, un expert canadien non subventionné a signalé que la SA/DVA pourrait être beaucoup plus bénéfique si elle servait de catalyseur (p. ex., CIQA, Cadre sur le vieillissement) plutôt que d'agent primaire d'exécution, et ce, parce que la SA/DVA influe sur une si petite partie de l'intervention nécessaire pour assurer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés.

- D'aucuns s'accordaient pour dire que la SA/DVA joue un rôle unique et nécessaire au Canada. D'après un expert, la conclusion selon laquelle le bien-être psychologique était un des résultats les plus souvent signalés de divers programmes était très favorable. Cet

expert, qui est également bénéficiaire de fonds de la SA/DVA, a dit qu'il y avait amplement de preuves qu'une bonne santé mentale se traduit par une vie plus active et, souvent, par un meilleur état de santé général.

- Plusieurs experts ont cependant fait remarquer que peu de données appuyaient la conclusion selon laquelle la SA/DVA est bénéfique. Ils ont souligné l'absence de « mesures adaptées perfectionnées » d'après les bénéficiaires eux-mêmes (c.-à-d. un groupe témoin et un groupe étudié).

- Les cotes de confiance variaient de 6 à 7.

5. La SA/DVA a-t-elle atteint ses objectifs à court terme et a-t-elle de bonnes chances d'atteindre ses objectifs à long terme?

- La plupart des experts ont trouvé que la SA/DVA avait fait d'importants progrès vers l'atteinte de tous ses objectifs à court terme.

- Les experts estimaient également que la SA/DVA prenait des mesures constructives pour atteindre ses objectifs à long terme. À propos de ces objectifs, un expert international a signalé que l'élimination des obstacles à la participation ne semblait pas avoir la même priorité que les deux autres objectifs.

- Selon un expert canadien non subventionné qui trouvait lui aussi que la SA/DVA avait atteint ses objectifs à court terme et fait des efforts pour préciser ses objectifs à long terme, la SA/DVA a donné lieu à de bons produits, mais pas de bons résultats pour les aînés eux-mêmes.

- Les cotes de confiance variaient de 4 à 7 (bien qu'un seul expert n'ait coté son niveau de confiance à 7).

6. Compte tenu des résultats de l'étude, jusqu'à quel point, selon vous, la SA/DVA a-t-elle réussi à répondre aux besoins les plus pressants des aînés et de la population vieillissante?

- Les experts étaient partagés sur la question de savoir si la SA/DVA avait réussi à répondre aux besoins les plus pressants des aînés. De l'avis général, la SA/DVA avait moyennement réussi, et un expert (bénéficiaire de fonds de la SA/DVA) a observé que cela était difficile à évaluer, puisque bon nombre des effets de la SA/DVA ne pouvaient être sentis qu'indirectement par les bénéficiaires visés.

- Certains experts (subventionnés et non subventionnés) se sont concentrés sur un des principaux domaines de risque signalés : la sécurité économique. Selon eux, il fallait que la SA/DVA aborde plus clairement la question du risque économique, surtout si l'on considère l'importance de la sécurité économique comme déterminant de la santé et le lien très étroit qui existe entre la sécurité économique et les besoins nouveaux des Canadiens âgés qui constituent une sous-population vulnérable encore mal cernée (c.-à-d. les personnes qui ont pris une « retraite prématurée » et les travailleurs âgés).

- Les cotes de confiance variaient entre 4 et 7.

7. La SA/DVA a-t-elle su établir des partenariats de collaboration? Y a-t-il des améliorations à apporter en ce domaine?

- Les experts ont fait leurs observations à partir des données de l'évaluation et de leur connaissance personnelle du programme.

- Dans l'ensemble, les experts étaient convaincus que la SA/DVA avait réussi à établir des partenariats tout au long de ses activités. Par exemple, d'après la connaissance approfondie qu'un expert avait de tous les projets du PRAA, tous avaient comporté des partenariats multiples. Cet expert était bénéficiaire de fonds de la SA/DVA.

- Certains experts, en particulier ceux de l'étranger qui étaient moins sûrs de la réussite de la SA/DVA en matière de partenariats, estimaient qu'il y avait encore des améliorations à apporter, surtout au point de vue des organismes bénévoles, des associations d'aînés et du secteur privé.

- Un expert (canadien non subventionné par la SA/DVA) soutenait que la SA/DVA ne doit pas nécessairement axer son rôle fédéral sur les partenariats dans les programmes communautaires, puisque ces partenariats ne constituent pas un bien public qui exige la dépense d'argent des contribuables. Il serait plus efficace d'établir des partenariats avec les principaux centres de décision en ce qui concerne la sécurité du revenu, les services de santé et les services sociaux.

- Les cotes de confiance variaient entre 3 (un expert) et 7 (trois experts).

8. Jusqu'à quel point le financement des programmes communautaires visant les aînés a-t-il permis : a) de répondre aux besoins les plus pressants des aînés à risque? b) d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés? c) d'étendre les possibilités de partenariat? d) d'appuyer l'élaboration de programmes novateurs?

- Voici les observations qui ont été faites sur le financement des programmes communautaires des aînés :

  - bien qu'il ait réussi dans une certaine mesure à répondre aux besoins des aînés à risque (selon les experts subventionnés et les experts internationaux), le financement des programmes communautaires des aînés n'a pas été orienté vers tous les besoins hautement prioritaires, notamment la sécurité économique (selon un expert subventionné) - cette question a été examinée plus en détail par un expert non subventionné, selon lequel les bienfaits sociaux, récréatifs et psychologiques et les bienfaits de la participation n'étaient pas des besoins assez prioritaires pour justifier la dépense de fonds publics : cet expert a ajouté que les bienfaits directs et concrets dans les domaines prioritaires étaient insuffisants par rapport au montant des dépenses publiques — un expert international a également observé qu'il n'y a aucun moyen de savoir vraiment si le financement des programmes communautaires des aînés a été efficace ou non;

  - les opinions diffèrent sur la question de savoir si les sujets de la santé, du bien-être et de l'autonomie ont été abordés — un expert subventionné et un expert international estiment que les questions de la santé et du bien-être ont été abordées, mais l'autonomie, moins; un autre expert subventionné trouve que le programme de financement communautaire a été très efficace en matière d'autonomie;

  - bien que tous les experts croient que les programmes communautaires ont fait des progrès pour ce qui est d'étendre les possibilités de partenariat, certains pensent que le programme y est parvenu beaucoup mieux (les experts subventionnés) que d'autres (les experts internationaux — un expert international a dit qu'il n'était pas certain);

  - les opinions diffèrent, et aucune n'est extrêmement favorable, sur la question de savoir si les programmes de financement communautaire ont appuyé l'élaboration de programmes novateurs. Un expert subventionné et un expert international estimaient qu'un certain appui avait été accordé pour des programmes novateurs, mais un autre expert subventionné a dit qu'il ne savait pas au juste dans quelle mesure cet appui a été un résultat.

- Dans l'ensemble, la plupart des experts consultés n'étaient pas aussi sûrs de leurs opinions sur l'efficacité du financement des programmes communautaires des aînés (un expert international et un expert subventionné ont attribué à leur niveau de confiance une cote de 4 sur une échelle de 7 points). L'exception à cette tendance a été une experte non subventionnée qui a attribué à son niveau de confiance une cote de 7.

9. Semble-t-il y avoir des lacunes dans les activités de la SA/DVA, ou des questions négligées? Quelles sont les nouvelles questions qui se posent en ce qui concerne la santé, le bien-être et l'autonomie des aînés du Canada? Ces questions doivent-elles faire l'objet d'une intervention de la SA/DVA? Si oui, comment? Sinon, qui doit intervenir?

- Les experts consultés ont donné un large éventail de suggestions concernant les nouvelles questions liées à la santé, au bien-être et à l'autonomie des aînés du Canada. Voici une liste de ces questions :

  - le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle;
  - les dispensateurs de soins âgés;
  - la démence et ses répercussions sur la famille;
  - l'interface publique et privée au point de vue des soins de longue durée;
  - les stratégies d'entraide;
  - la discrimination fondée sur l'âge;
  - l'amélioration de la qualité de la vie dans les établissements;
  - la recherche et la promotion de formules de soins abordables, flexibles, axées sur le consommateur et déterminées par lui;
  - l'élaboration de rôles productifs pour une plus longue période de retraite;
  - plus d'information aux aînés à des moments cruciaux (p. ex., à l'hôpital);
  - moyens de former, de superviser et de compenser le personnel de première ligne qui applique des programmes d'aide à l'autonomie pour les aînés, et de lui donner les capacités de le faire;
  - de la recherche et des mesures de politique et de programme concernant les questions de revenu et de santé propres aux travailleurs âgés et aux personnes qui prennent une retraite prématurée;
  - les conséquences de la nouvelle économie de l'information et de l'augmentation du travail non standard pour le travail et la retraite des aînés de demain;
  - les questions d'éthique liées aux soins de santé et au bien-être des aînés;
  - les vieillards.

- Les deux experts qui ont fait des observations estimaient que ces nouvelles questions pouvaient et devaient en fait entrer dans le champ d'action de la SA/DVA. Ils ont recommandé que la SA/DVA comporte des activités de défense des droits, de recherche, et d'intervention dans le cadre de politiques et de programmes.

- Le niveau de confiance des experts dans leur réponse à cette question était élevé — la majorité y a attribué une cote de 7 sur une échelle de 7 points.

10a) Compte tenu des résultats de l'étude, des besoins les plus pressants dans le domaine du vieillissement et des aînés, et de la diminution des ressources fédérales, pensez-vous qu'il existe des approches ou des mécanismes plus rentables pour l'exécution des programmes de la SA/DVA ou l'atteinte des objectifs de la SA/DVA? Lesquels? Pouvez-vous citer d'autres données à l'appui de ces approches ou mécanismes?

10b) Quelles structures (visant, par exemple, à coordonner les rôles des différents ordres de gouvernement et des agents d'exécution) appuieraient ces approches ou mécanismes de la manière la plus appropriée et la plus rentable? Sur quoi fondez-vous votre réponse?

- De façon générale, les experts étaient prudents dans leurs observations sur la rentabilité. La plupart ont dit qu'il était difficile de mesurer la rentabilité de services sociaux et qu'il y avait peu de données probantes pour contester les approches et mécanismes actuels d'exécution des programmes dans le cadre de la SA/DVA.

- Dans l'ensemble, les experts pensaient que la SA/DVA était raisonnablement efficace par rapport au coût. Selon un expert, l'évolution du programme en a augmenté la rentabilité. Les experts semblaient approuver les principes directeurs concernant la rentabilité; cependant, un expert a signalé qu'une observation plus rigoureuse de ces principes n'améliorerait que très peu le rapport coût-efficacité.

- Voici les mécanismes ou structures de rechange qui ont été suggérés pour la SA/DVA :

  - de plus grandes restrictions à l'égard des programmes de financement communautaire (un expert a suggéré que les fonds du gouvernement fédéral soient réservés aux évaluations, un autre, que les fonds soient distribués de façon plus sélective, et un troisième, que la SA/DVA abandonne ce rôle);

  - des réunions institutionnalisées des groupes de coordination (CIQA, groupes fédéraux-provinciaux-territoriaux);

  - une plus grande visibilité du CCNTA (p. ex., séance annuelle d'information sur la situation des aînés au Canada, à l'intention du Premier ministre);

  - une plus grande visibilité ou une situation organisationnelle plus centrale de la SA/DVA pour que celle-ci apparaisse clairement comme le centre principal de recherche et de décision à l'égard du vieillissement et des aînés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement;

  - une plus grande surveillance;

- une plus grande participation des intervenants (p. ex., représentants de Développement des ressources humaines Canada, de Finances Canada qui partagent des locaux avec la SA/DVA);

- plus d'attention à l'établissement ouvert des priorités à partir de consultations avec les associations d'aînés et d'autres organisations;

- de nouveaux programmes d'encouragement, comme un crédit d'impôt pour les aînés qui n'ont pas fait appel au système de santé pendant un an;

- d'après un expert, l'adoption d'une « perspective fondée sur le cycle de vie » permettrait d'améliorer la SA/DVA. Une telle perspective aboutirait à de meilleures relations avec les autres ordres de gouvernement et ministères fédéraux, éliminerait les aspects concurrentiels du travail intergénérationnel, permettrait un financement conjoint et aurait des effets multiplicateurs;

- la définition de mesures de rendement claires à partir desquelles les programmes publics seraient évalués (p. ex., diminution de la pauvreté, augmentation des services de soins à domicile);

- des liens structurels plus étroits avec les organismes de financement de la recherche, les fondations et le secteur privé.

- Le niveau de confiance des experts dans leur réponse à cette question variait considérablement. Les cotes allaient de 3 à 7 sur une échelle de 7 points.

11a) En général, compte tenu des résultats de l'étude, approuvez-vous les conclusions de l'évaluation? Pourquoi?

Les experts canadiens subventionnés

- Les deux les approuvent : ce consensus semble appuyer la pertinence de la SA/DVA et du CCNTA et l'importance d'avoir des unités identifiables pour traiter des questions touchant le vieillissement et les aînés.

Les experts canadiens non subventionnés

- D'accord avec les conclusions.

Les experts internationaux

- Les conclusions de l'étude étaient extrêmement prudentes. Il semblerait que l'étude auprès du grand public a révélé que celui-ci était prêt à appuyer les mesures du gouvernement fédéral à l'intention des aînés. Par ailleurs, il était intéressant de savoir que les aînés sont fortement préoccupés par l'assurance-santé et que de l'avis de certains, la garantie du paiement des frais des soins de santé est insuffisante.

- D'accord avec les conclusions générales : elles sont étayées par des preuves et par la connaissance personnelle de la SA/DVA.

11b) Y a-t-il d'autres conclusions à tirer des données exposées dans le rapport?

Les experts canadiens subventionnés

- Renforceraient les déclarations faites dans la section du rapport qui traite des secteurs essentiels de la SA/DVA.

- Auraient reconnu une plus grande faiblesse aux partenariats entre les organismes de financement de la recherche (c.-à-d. un lien avec le PNRDS), quoiqu'ils estiment que, tout compte fait, les mêmes conclusions générales seraient tirées.

- Estiment que les changements structurels à apporter pour rendre la SA/DVA plus visible et la centraliser davantage au sein du gouvernement fédéral sont plus importants et essentiels à l'atteinte des objectifs et à la survie de la SA/DVA (nota : la conclusion figure déjà dans le document, mais ils préféreraient qu'elle soit formulée de façon plus vigoureuse).

Les experts internationaux

- Aucune déclaration définitive ne peut être faite sur l'efficacité et la rentabilité de ces programmes.

- Concluraient qu'il est temps de faire réexaminer à un niveau élevé les objectifs des initiatives touchant les aînés.

- Auraient aimé voir une conclusion au sujet de l'importance d'études longitudinales nationales et de moyens d'intensifier ces efforts.

- Un expert aurait appuyé les activités de la SA/DVA de façon plus enthousiaste que ne l'a fait le rapport.

11c) Quelles recommandations feriez-vous?

Les experts canadiens subventionnés

- Chercher un mécanisme plus efficace de prise de décisions multisectorielle.
- Confirmer l'accent sur le vieillissement (les aînés de demain) et sur les aînés.
- Maintenir l'entité ou unité divisionnelle actuelle.
- Maintenir les objectifs à long terme actuels, mais insister davantage, dans tous les éléments de la SA/DVA, sur les questions de sécurité économique.
- Modifier les objectifs à court terme pour y inclure :
  - un financement encore plus ciblé des programmes communautaires;
  - une attention accrue à l'établissement de liens structurels avec un plus grand nombre de sources de financement de la recherche.
- Inclure dans les groupes visés (à risque) les personnes qui prennent une « retraite prématurée » et les travailleurs âgés.
- Déplacer la SA/DVA dans l'organigramme pour qu'elle relève directement du Ministre.
- Créer, avec les organismes de financement de la recherche, des liens structurels autorisés.
- Ajouter le nouvel objectif à court terme suivant : « coordonner la participation du Canada à l'Année internationale des personnes âgées en 1999, année proclamée par les Nations Unies ».

Les experts canadiens non subventionnés

- Les services devraient être offerts en priorité aux aînés à risque.
- Le gouvernement fédéral devrait se charger d'établir et de maintenir des normes nationales.
- Il est essentiel de garder le filet de sécurité sociale actuel (l'assurance-maladie, la SV, le RPC et le SRG).
- Il faut continuer à présenter une image réaliste des aînés d'aujourd'hui.

- Le gouvernement fédéral devrait établir des liens plus structurés avec les organismes bénévoles pour qu'ils participent aux décisions touchant les politiques.

- Recommanderaient le renforcement d'un tel point de contact pour les aînés au gouvernement, lequel donnerait aux aînés les moyens d'améliorer directement leur autonomie et augmenterait leurs chances d'autonomie.

Les experts internationaux

- Apporter des améliorations structurelles afin d'accentuer le rôle et la visibilité du CCNTA.

- Poursuivre les programmes de financement dans la collectivité, mais les surveiller de plus près, et affermir les processus de sélection et l'établissement des priorités.

- Cependant, ne pas grever le programme de subventions d'un trop grand nombre d'exigences d'évaluation et de rapports administratifs.

- Confirmer les objectifs stratégiques à long terme.

- Travailler en collaboration plus étroite avec les organisations d'aînés.

- Accorder plus de priorité à l'habilitation et à la prévention.

- Continuer de viser les personnes les plus à risque.

- Faire participer les aînés à la recherche.

- Étendre la collaboration internationale.

- Surveiller attentivement les répercussions du programme.

- Se concentrer sur les activités fédérales essentielles de coordination, de partage d'information, de diffusion et de financement (au départ et à long terme).

12. Avez-vous d'autres observations à formuler?

Les experts canadiens subventionnés

- Les conseils consultatifs autonomes ont un rôle à jouer, mais il faut que le ministre et le sous-ministre appuient ou veuillent avoir une telle source de consultation. Si cet appui n'est pas accordé, il se peut que le CCNTA ait perdu son influence. S'il existe une unité solide identifiable où la SA/DVA serait centralisée, bon nombre, voire la plupart des

fonctions du CCNTA (p. ex., recherche, documents de principes, information) pourraient lui être cédées. La représentation régionale pourrait être assurée par les conseils ou les secrétariats consultatifs régionaux ou provinciaux.

Les experts canadiens non subventionnés

- D'après les données recueillies, au lieu d'essayer de faire la même chose d'une meilleure façon, il serait préférable désormais de faire les choses différemment pour obtenir de meilleurs résultats.

- Si le gouvernement compte se servir des résultats de l'évaluation pour s'assurer que la SA/DVA ou ce qui lui succédera soit efficace durant les 20 prochaines années, il faudrait donc que l'évaluation traite aussi bien des orientations futures de la politique que des problèmes actuels. Si les gouvernements et les entreprises faisaient appel à la technologie pour l'exécution des programmes et des services, il serait important pour l'autonomie des aînés de savoir, par exemple, si les aînés adopteraient la technologie dans la même proportion que le reste de la population.

- La SA/DVA joue un rôle délicat au sein du gouvernement, car elle doit informer et conseiller, mais pas faire de promotion ni exercer des pressions. Ce serait peut-être une bonne idée de partir de là, de renforcer le potentiel de recherche et d'information pour prouver le bien-fondé des politiques et renseigner les organismes et la population sur les politiques et les programmes en place.

- Il serait peut-être sage que la SA/DVA abandonne ou confie à un autre organisme son rôle en matière de programmes (celui-ci peut être mieux rempli ailleurs). Elle remplirait ainsi une fonction de consultation dans une perspective nationale qui profiterait aux citoyens sans être embrouillée par des considérations communautaires.

Les experts internationaux

- Trop peu d'attention a été accordée au rôle international de premier plan que joue la SA/DVA. L'évaluation devrait reconnaître la grande estime dont jouit la SA/DVA auprès d'autres pays, ainsi que l'importance de ses documents. Les publications, par exemple, ont été bien reçues. Cela signifie peut-être que la SA/DVA n'a pas elle-même suffisamment appliqué la recherche internationale et les pratiques exemplaires à l'amélioration du bien-être des personnes âgées. J'aurais aimé voir la SA/DVA travailler davantage en réseau avec des organismes et des personnes à l'étranger et servir ainsi d'agent d'échange de recherche et de pratiques exemplaires.

Les Associés de recherche Ekos inc., 1996